



**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
«МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПОЛИС»  
ВАРИАНТ BASIC РФ**

Программа добровольного медицинского страхования «МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПОЛИС» состоит из Общих условий (Приложение 1) и Специальных условий (Приложение 2).

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 1**

**ОБЩИЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ  
«МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПОЛИС»**

Условия Договора страхования (Полиса) физических лиц, разработанные ООО "Капитал Лайф Страхование Жизни" на основании «Правил добровольного медицинского страхования граждан № 9» (далее Правила) в редакции, действующей на дату заключения Договора.

<b>Общие положения</b>	В соответствии с законодательством РФ и на основании Правил ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» (далее по тексту - Страховщик) заключает Договоры добровольного медицинского страхования граждан на случай заболеваний и состояний, перечисленных в Договоре страхования (далее по тексту - Договор страхования), в рамках которых организует предоставление и оплату Медицинских и/или Иных услуг Застрахованным лицам, предусмотренных Программой страхования «МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПОЛИС» в выбранном Варианте, на территории Российской Федерации и/или за ее пределами.
<b>Страховщик</b>	ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни», адрес: 115035, Российская Федерация, г. Москва, Кадашёвская набережная, д.30.Телефон:8 800 200 68 86
<b>Полис, Договор страхования</b>	Письменные документы, содержащие детали и условия Договора страхования (далее Договор, Полис), включая Заявление на страхование, Программу и Вариант страхования, декларацию о здоровье Застрахованного лица, а также любые приложения и дополнения, которые могут, в случае необходимости изменять или дополнять данные документы. Положения Договора имеют преимущественную силу. В части положений и условий, не урегулированных Договором, имеют силу положения Правил добровольного медицинского страхования граждан №9 в редакции, действующей на дату заключения Договора страхования.
<b>Страхователь</b>	Страхователь заключает Договор страхования на условиях Программы страхования (со Страховщиком в свою пользу или в пользу третьих лиц (далее по тексту Застрахованные)). Страхователями могут являться: - физические лица - граждане РФ, иностранные граждане и лица без гражданства, обладающие гражданской дееспособностью и постоянно проживающие на территории РФ.
<b>Вариант страхования</b>	Произвольная комбинация одного или нескольких страховых случаев/ страховых рисков, перечня медицинских и /или иных услуг, исключений из программы страхования, лимитов и ограничений, в том числе объема медицинской помощи, страховой премии, страховой суммы, территории страхования и/или иных существенных условий, указанная в отдельном договоре страхования (полисе). Вариант страхования может иметь самостоятельное торговое название, содержащее (в том числе) наименование «МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПОЛИС», нумерацию, и/или иные атрибуты, вместе и по отдельности, производные от них, включая названия медицинских организаций, территорию и т.п., а также слова «Онко», «Basic», «Standard», «Premium», «VIP», «Премьер», «Престиж», «Консьерж», «Россия», «Без границ», «Эксперт», «Весь мир». «ULTRA», «PRO».
<b>Застрахованное лицо</b>	Физическое лицо, в пользу которого заключается Договор страхования, возраст которого на дату заключения Договора страхования составляет от 0 до 69 лет, но не более 70 полных лет на дату окончания Договора страхования. Договоры страхования заключаются в пользу Застрахованных - граждан РФ, иностранных граждан, въезжающих или пребывающих на территории РФ и лиц без гражданства, постоянно проживающих на территории Российской Федерации. Фактический возраст Застрахованного для отдельных Вариантов устанавливается соглашением сторон и указывается в Варианте страхования или Договоре страхования (Полисе)
<b>Выгодоприобретатель</b>	Не назначается.
<b>Объект страхования</b>	Объектом страхования является не противоречащий законодательству РФ имущественный интерес Застрахованного, связанный с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (далее Медицинских услуг) и/или Иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и (или) устраняющих их. Конкретный Перечень Медицинских и/или Иных услуг определяется в Договоре страхования, Программе и Варианте страхования.
<b>Страховой риск</b>	Указан в Специальных условиях в Программе страхования.
<b>Страховой случай</b>	Указан в Специальных условиях в Программе страхования.
<b>Валюта договора</b>	Указана в Специальных условиях в Программе страхования или Договоре страхования.
<b>Перечень документов, предоставляемых для признания события страховым</b>	При первоначальной постановке Застрахованному лицу в период срока страхования диагноза, требующего организации и оказания Медицинских и/или Иных услуг, Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно сообщить Страховщику или назначенному им представителю (Сервисной компании) о постановке диагноза любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по телефону, факсу, по электронной почте, письмом и т.д.). Для признания наступившего события страховым Страхователь (Застрахованное лицо) предоставляет Страховщи-

	<p>ку/Сервисной компании следующие документы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• заявление о страховом событии и об организации лечения по форме Страховщика;</li> <li>• копия Договора страхования или оригинал по требованию Страховщика;</li> <li>• направление лечащего врача на плановое стационарное лечение, при наличии;</li> <li>• медицинский документ, выданный Медицинской организацией (выписка из медицинской карты амбулаторного/стационарного больного (выписной эпикриз, этапный эпикриз, выписка из медицинской карты), заверенные печатью и подписью ответственного лица, с указанием диагноза, даты первичной диагностики, сроков лечения, результатов обследования и другой информации);</li> <li>• результаты проведенных анализов и исследований, на основании которых был поставлен диагноз и назначено лечение;</li> <li>• выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию о заболеваниях, имевшихся у Застрахованного до заключения Договора страхования за период 10 лет;</li> <li>• медицинский документ из онкологического диспансера по месту жительства Застрахованного лица об отсутствии обращений за последние 10 (десять) лет (при диагностировании злокачественного новообразования);</li> <li>• копия документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица;</li> <li>• другие документы, предусмотренные Программой страхования.</li> </ul> <p>Страхователь/ Застрахованное лицо вправе дополнительно предоставить любые иные документы, подтверждающие его право на получение страхового возмещения и не указанные в Программе страхования и Договоре страхования.</p> <p>Все документы предоставляются на русском языке или с нотариально заверенным переводом на русский язык.</p>
<p><b>Внесение изменений, дополнительных соглашений к договору страхования</b></p>	<p>Если иное не предусмотрено Договором страхования, лица, подлежащие страхованию, могут быть включены в Договор страхования только в дату его заключения/перезаключения на новый срок, с согласия Страховщика.</p> <p>Страховщик вправе изменять размер страховой премии, вносить изменения в Общие условия страхования, Специальные условия страхования и Таблицу страховых выплат, однако указанные изменения не будут применяться до даты перезаключения договора страхования на новый срок, предусмотренных законодательством РФ.</p>
<p><b>Не принимаются на страхование</b></p>	<p>Если иное прямо не предусмотрено Договором страхования, на страхование не принимаются:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Лица, имеющие действующие договоры добровольного медицинского страхования, заключенные со Страховщиком, на условиях Программы «МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПОЛИС»</li> <li>• Возраст которых составляет более 69 лет;</li> <li>• Инвалиды, или лица, в отношении которых принималось врачебное решение о направлении для установления группы инвалидности;</li> <li>• Лица, на дату заключения договора или в течение последних 10 лет проходящие/-дившие стационарное, амбулаторное, восстановительное или превентивное лечение, либо ожидающие результатов обследования, либо которым устанавливался по результатам обследования диагноз, либо ожидающие результатов обследования, либо находящиеся/находившиеся под наблюдением врача-специалиста по поводу любого из нижеследующих заболеваний или состояний: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Новообразования, которые диагностированы, как дисплазия шейки матки CIN1, CIN2, CIN3, или новообразования, которые гистологически диагностированы как предраковые.</li> <li>○ Злокачественная меланома класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002.</li> <li>○ Заболевания кожи следующих типов: <ul style="list-style-type: none"> <li>• гиперкератоз и базально-клеточная карцинома; плоскоклеточная карцинома, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы.</li> <li>• любые новообразования кожи (включая лимфому кожи).</li> <li>• Новообразования щитовидной железы.</li> </ul> </li> <li>○ Все формы злокачественных новообразований, включая болезнь Ходжкина, лейкоз.</li> <li>○ Любое новообразование или киста головного мозга и других внутричерепных структурах, черепе, придаточных пазухах носа или спинном мозге.</li> <li>○ лейкопения (лейкоз) или любое заболевание крови, включая, помимо прочего, лейкемию (лейкоз), анемию, лимфому, миелому, нарушения свертываемости крови, гемофилию или нарушения свертываемости крови.</li> <li>○ Любые формы инсульта любого вида или кровоизлияние в мозг.</li> <li>○ Любые формы заболеваний сердца (например, стенокардия, перенесенный инфаркт миокарда, кардиосклероз, кардиомиопатия, нарушения клапанов сердца, стеноз/порок, шумы в сердце или ревматизм (не включая лечение только в связи с высоким артериальным давлением и/или высоким уровнем холестерина);</li> <li>○ любая форма диабета.</li> </ul> </li> <li>• Лица, которым проводилась/-дится и/или назначалась/назначена трансплантации органов или костного мозга;</li> <li>• Лица, которые являются носителем ВИЧ или больным СПИДом;</li> <li>• Лица, которым страдают психическими заболеваниями или расстройствами на момент заключения договора страхования;</li> <li>• Лица, которые состоят на учете в туберкулезном, наркологическом или психоневрологическом диспансере на момент заключения договора страхования;</li> <li>• Лица, имеющие в семейном анамнезе более одного близкого родственника (родители, братья, сестры), у которых в возрасте до 50 лет были диагностированы: рак, злокачественное новообразование, полипоз толстой кишки, поликистоз почек;</li> <li>• Лица, находящиеся под следствием и осужденные к лишению свободы.</li> </ul> <p>Договор страхования, заключенный в отношении лица, которое можно отнести к любой из категорий, пере-</p>

	численных выше в настоящем разделе, считается недействительным с момента его заключения.
<b>Особые условия</b>	<p>Страховщик не заключает в пользу конкретного Застрахованного лица два и более действующих Договора на условиях настоящей Программы, если сроки действия данных Договоров частично или полностью совпадают.</p> <p>Если по какой-либо причине Страховщик и Страхователь заключат два или более таких Договора, то любой другой Договор страхования, нежели тот, который был заключён первым, считается не заключённым, и Страховщик в течение 60 дней с момента обнаружения данного факта и получения заявления на возврат страховой премии возвращает Страхователю полученную от него страховую премию по такому Договору страхования за вычетом расходов на ведение дела Страховщика.</p>
<b>Страховая премия</b>	<p>Плата за страхование. Порядок уплаты страховой премии устанавливается в Договоре страхования.</p> <p>Если к сроку, установленному в Договоре страхования, страховая премия (первый страховой взнос) не была уплачена или была уплачена не полностью, Договор страхования считается не вступившим в силу, а поступившая на счет Страховщика сумма возвращается.</p> <p>В рамках настоящей Программы страхования Страхователь и Страховщик соглашаются и признают, что неплата, или уплата в меньшем размере Страхователем страховой премии (страхового взноса) по вступившему в силу Договору страхования в предусмотренные Договором страхования сроки или размере, безусловно, является выражением воли (волеизъявлением) Страхователя на односторонний отказ от Договора страхования (прекращение Договора страхования) с 00 часов 00 минут даты, указанной в Договоре страхования как дата уплаты страховой премии (соответствующего страхового взноса) и Договор страхования расторгается Страховщиком в одностороннем порядке без уведомления Страхователя. Если страховой случай наступил после истечения оплаченного страхового периода, то Страховщик освобождается от обязательства произвести страховую выплату.</p>
<b>Страховая сумма</b>	<p>Страховой суммой является денежная сумма, определённая в порядке, установленном Договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страхового взноса) и максимально возможный размер страховой выплаты при наступлении страхового случая, с учетом лимитов и ограничений, перечисленных в соответствующих разделах Программы и Варианта страхования. В случаях, определенных Договором страхования, страховая выплата осуществляется путем организации оказания Застрахованному лицу и/или оплаты Медицинских и/или Иных услуг, оказанных Застрахованному лицу.</p> <p>Страховая сумма указывается в Договоре страхования, Программе или Варианте страхования и устанавливается по каждому риску /страховому случаю отдельно и/или по всем рискам одновременно, на страховой год и/или на весь срок страхования, в отношении каждого Застрахованного отдельно.</p> <p>Страховая сумма (страховой лимит) является уменьшаемой (агрегатной) страховой суммой, рассчитываемой как разность страховой суммы на начало срока действия Договора страхования и суммы страховой выплаты, осуществленной Страховщиком в период действия Договора страхования. Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства Страховщика по Договору страхования считаются исполненными. При этом Договор страхования прекращается досрочно в отношении одного или нескольких Застрахованных лиц, а уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату Страхователю.</p> <p>Возможно установление страховой суммы в валюте Российской Федерации в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте (страхование в эквиваленте).</p> <p>В Договоре страхования, Варианте и Программе страхования- установлены <b>Лимиты ответственности</b> – максимальные размеры страховых выплат по определенному виду рисков, случаев, услуг, расходов и убытков, покрываемых Договором страхования в отношении каждого Застрахованного как указано в <b>Таблице страховых выплат</b>. Они могут быть ограничены стоимостью, сроком или частотой оказания услуг. Все лимиты <b>страховых выплат</b> применяются к каждому Застрахованному лицу, а также к <b>страховому событию</b> или <b>периоду страхования</b>.</p>
<b>Таблица страховых выплат</b>	Содержит перечень Страховых рисков, а также Медицинских и/или Иных услуг с указанием условий и объема предоставляемого покрытия, включая исключения, любые денежные ограничения или ограничения частоты, которые могут быть к ним применимы. Страхование предоставляется в соответствии с выбранным Вариантом страхования, указанным в Договоре страхования и дополнительными соглашениями к договору - любыми расширениями, ограничениями, особыми или дополнительными условиями, указанными в Договоре страхования.
<b>Срок страхования</b>	<p>Период времени при реализации страхового риска/страхового случая, в течение которого и при последующем признании события Страховым случаем в соответствии с условиями Договора страхования у Страховщика возникает обязанность осуществить Страховую выплату. Срок страхования устанавливается Договором страхования.</p> <p>В случае если Страхователь не перезаключает Договор страхования на новый срок, действие страхования прекращается на дату окончания действия Договора страхования, и после этого никакие расходы оплачены не будут, даже если они были согласованы до окончания срока действия Договора страхования, если Договором прямо не предусмотрено иное.</p>
<b>Действие Договора страхования. Страховые лимиты.</b>	<p>Договор страхования заключается сроком на 1 (один) год, если условиями Договора страхования не предусмотрено иное. Страховщик и Страхователь имеют право установить срок страхования не равный сроку действия договора страхования (период страхования).</p> <p>Срок страхования устанавливается по соглашению сторон и указывается в Договоре страхования. Дата начала и окончания Срока страхования могут быть установлены в том числе для каждого (отдельного) Страхового риска и каждого отдельного Застрахованного лица. В случае если в Договоре страхования не указан Срок страхования, то дата начала и окончания Срока страхования совпадают с датой начала и окончания Срока действия Договора страхования соответственно.</p> <p><b>Период страхования</b> - общий срок (промежуток времени), в течение которого действовало непрерывное страхование на условиях настоящей Программы, включает в себя срок страхования по всем непрерывно заключенным договорам страхования. Предельный срок страхования устанавливается Вариантом и Программой стра-</p>

хования.

**Непрерывное страхование** (в отношении одного Застрахованного лица)- перезаключение договора страхования на условиях настоящей Программы на следующий страховой год не позднее даты окончания действующего договора страхования. При непрерывном страховании период ожидания (временная франшиза) не применяется, если договором страхования не предусмотрено иное. В случае если договор страхования не был заключен до даты окончания предыдущего договора страхования и страховая премия по нему не поступила в течение срока, предусмотренного в договоре для оплаты страховой премии, страхование не будет считаться непрерывным и к страховым рискам будет применяться (исчисляться заново) период ожидания (временная франшиза) и такой договор страхования будет считаться заключенным впервые. Если Договором страхования не предусмотрено иное, для страховых рисков, ранее не предусмотренных Вариантом страхования, при изменении Варианта страхования применяются временные франшизы (период ожидания) на условиях договора, заключенного впервые. Договоры страхования, заключенные при Непрерывном страховании на условиях Программы страхования, учитываются как Договоры родительской группы и включают все договоры страхования, заключенные последовательно в отношении одного и того же Застрахованного лица, и к которым применимы определения Пожизненный лимит и Непрерывное страхование, и в отношении которых действуют одни и те же страховые риски. Срок страхования по всем Договорам родительской группы может быть больше года и исчисляется с даты заключения наиболее раннего договора страхования до даты окончания наиболее позднего договора страхования.

Возможно установление общей агрегатной страховой суммы для всех Договоров родительской группы (**Пожизненный лимит**). Размер Пожизненного лимита указывается в Договоре страхования, Программе и/или Варианте страхования и применяется к страховым случаям любого по очереди Договора родительской группы до его израсходования с учетом лимитов и ограничений в рамках каждого отдельного договора страхования (годовой лимит), предусмотренных Программой и/или Вариантом страхования. При этом страховым случаем по риску признается первое по времени наступившее событие.

При исчерпании Пожизненного лимита по Договорам родительской группы ответственность Страховщика по текущему договору страхования (в отношении одного и того же Застрахованного лица) и Договорам родительской группы также прекращается и обязательства Страховщика считаются исполненными полностью. В случае перерыва в страховании Непрерывное страхование (в отношении одного и того же Застрахованного лица) прекращает свое действие, и ответственность Страховщика на следующий страховой год не распространяется, а обязанности Страховщика считаются исполненными в полном объеме и выплаты по страховым событиям родительских договоров прекращаются. При этом, если договор страхования будет впоследствии заключен с перерывом в страховании, на него будут распространяться все ограничения и франшизы договора страхования, заключенного впервые.

**Максимальный годовой лимит** - максимальный общий лимит страховых выплат в соответствии с Договором страхования в течение страхового года для каждого Застрахованного лица.

#### Прекращение действия Договора

Договор страхования прекращается, и Застрахованное лицо теряет право на получение услуг по Договору страхования:

- при истечении срока действия Договора страхования;
- в случае смерти Застрахованного (за исключением оплаты услуг, предоставляемых в связи со смертью Застрахованного) – в отношении соответствующего Застрахованного лица, если договор заключен в отношении более чем одного Застрахованного лица;
- в случае исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным лицом) по Договору страхования в полном объеме – в отношении соответствующего Застрахованного лица, если договор заключен в отношении более чем одного Застрахованного лица;
- при ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, с момента вступления в силу соответствующего решения;
- по требованию Страхователя в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай;
- по соглашению Сторон;
- неуплаты Страхователем страхового взноса или страховой премии по вступившему в силу Договору страхования в полном размере в установленный Договором страхования срок;
- в других случаях, предусмотренных законодательством РФ или Договором страхования.

В отношении Застрахованного лица договор страхования будет расторгнут и страхование будет прекращено в любом из следующих случаев:

- введение Страховщика в заблуждение, представление ложных сведений относительно данных, имеющих существенное значение, или скрыв их;

- мошенничестве со стороны Застрахованного лица или его представителя.

Уплаченная страховая премия (страховые взносы) возврату не подлежит:

- по окончании срока действия Договора страхования;
- при расторжении Договора страхования по инициативе Страхователя – юридического лица, если Договором страхования не предусмотрено иное.
- при расторжении Договора страхования по инициативе Страхователя – физического лица после 14-ти календарных дней со дня его заключения, если Договором страхования не предусмотрено иное.

В случае отказа Страхователя – физического лица от договора страхования 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 – физическому лицу уплаченную им страховую премию. Конкретный порядок возврата страховой премии указывается в Договоре страхования в соответствии с настоящим пунктом. Договором страхования может быть установлен более длительный срок, чем четырнадцати календарных дней со дня его заключения.



	<ul style="list-style-type: none"> <li>В случае если Страхователь – физическое лицо отказался от Договора страхования в указанный срок, и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному Договору страхования (далее - дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю – физическому лицу в полном объеме</li> <li>В случае если Страхователь – физическое лицо отказался от Договора страхования в указанный срок, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю – физическому лицу вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования.</li> <li>Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя – физического лица об отказе от Договора страхования.</li> </ul> <p>Возврат страховой премии осуществляется Страховщиком по выбору Страхователя – физического лица наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя – физического лица об отказе от Договора страхования.</p> <p>При Страховании в эквиваленте размер Страховой премии, подлежащей возврату, определяется в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для иностранной валюты, предусмотренной Договором страхования на дату утверждения выплаты.</p>
<b>Изменение степени риска.</b>	<p>В период действия Договора страхования Страхователь/ Застрахованное лицо обязаны сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах жизни и деятельности Застрахованного, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение Страхового риска.</p> <p>Страхователь/ Застрахованное лицо с момента, когда им стало известно о таких обстоятельствах, обязаны сообщить о них Страховщику в течение 24 (двадцати четырех) часов любым доступным способом, а также дополнительно в течение 3 (трех) рабочих дней письменно известить Страховщика о данных обстоятельствах, с приложением документов, подтверждающих эти изменения.</p> <p>Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение степени риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования в соответствии с действительной степенью риска и оплаты дополнительной Страховой премии соразмерно увеличению риска.</p> <p>Если Страховой случай наступил в период согласования сторонами условий Договора страхования, по которому произошло увеличение степени риска, Страховщик вправе приостановить выплату страхового возмещения по этому Договору до момента заключения сторонами дополнительного соглашения и уплаты дополнительного страхового взноса соразмерно степени увеличения Страхового риска.</p> <p>При неисполнении Страхователем/ Застрахованным лицом обязанности, предусмотренной настоящим пунктом, а также, в случае если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты Страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.</p>
<b>Применяемое законодательство</b>	Договор страхования регулируется законодательством Российской Федерации.
<b>Получение лечения вне Территории страхования и вне сети Страховщика</b>	<p>Медицинские и /или Иные услуги оказываются в выбранной географической местности, которая указывается в Варианте страхования и только в медицинских учреждениях, сотрудничающих со Страховщиком или Сервисной компанией, назначенной Страховщиком. При получении лечения вне Территории оказания Медицинских и/или Иных услуг и/или вне указанных медицинских учреждений страхование не будет действовать и оплата всех расходов, связанных с таким лечением, включая оплату стоимости лечения, станет обязанностью Страхователя/Застрахованного лица. Весь процесс лечения должен быть согласован со Страховщиком или Сервисной компанией заранее. Если Застрахованное лицо не уверено, включены ли Медицинские учреждения в список Страховщика, необходимо связаться со Страховщиком/Сервисной компанией до начала лечения.</p>
<b>Права и обязанности Сторон</b>	
<b>Страховщик обязан:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ознакомить Страхователя с условиями страхования.</li> <li>Давать разъяснения по всем вопросам, касающимся условий Договора.</li> <li>Обеспечить конфиденциальность и безопасность персональных данных Страхователя (Застрахованного), полученных от Страхователя при их обработке.</li> <li>В случае отказа в признании события Страховым случаем уведомить об этом Страхователя/Застрахованного в порядке и сроки, установленные Программой страхования.</li> <li>В счет страховой выплаты, причитающейся по Договору страхования, организовать оказание Медицинских и/или Иных услуг Застрахованному лицу и оплатить медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу, в соответствии с Вариантом и Программой страхования, в порядке и сроки, предусмотренные Договором или Программой страхования.</li> <li>В случае если Страхователь отказался от Договора в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня заключения Договора, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, осуществить возврат Страхователю полученной страховой премии в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком от Страхователя письменного заявления с указанием в нём банковских реквизитов для перечисления страховой премии и приложением копии паспорта Страхователя и оригинала или копии Договора</li> </ul>
<b>Страховщик имеет право:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Перед заключением Договора запросить у лица, принимаемого на страхование, сведения, в том числе медицинского характера;</li> <li>проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем и Застрахованным лицом требований Договора страхования;</li> <li>привлечь Сервисную компанию для оказания услуг, предусмотренных Программой страхования;</li> <li>отказаться в оплате Медицинских и/или Иных услуг при обстоятельствах, предусмотренных Программой страхования или Договором страхования, если Застрахованное лицо обращается за организацией медицинских услуг, не предусмотренных Программой страхования или по не страховым событиям;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• в случае возникновения сомнений относительно подлинности документов, представленных в связи со Страховым случаем, отсрочить принятие решения о признании события Страховым случаем до получения подтверждающих сведений о подлинности представленных документов;</li> <li>• до принятия на страхование потребовать проведения любых дополнительных медицинских обследований принимаемого на страхование лица и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья;</li> <li>• требовать признания Договора страхования недействительным, если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованное лицо) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, влияющих на степень страхового риска;</li> <li>• направлять Страхователю сообщения посредством электронной почты по адресу, указанному в Договоре страхования. Сообщения, отправленные с использованием электронного адреса, носят официальный характер, и такие сообщения признаются Сторонами юридически значимыми;</li> <li>• Осуществлять обработку персональных данных Страхователя (Застрахованного) в целях исполнения Договора, предоставления Страхователю (Застрахованному лицу), информации о страховых продуктах Страховщика и о продуктах (услугах) его партнеров, в том числе путем осуществления со Страхователем (Застрахованным лицом), прямых контактов с помощью средств связи, а также в иных целях, не запрещенных законодательством РФ.</li> <li>• Страховщик имеет право уполномочить Сервисную компанию на предоставление услуг, предусмотренных Программой страхования.</li> <li>• Страховщик имеет право изменять размер страховой премии, вносить изменения в Общие условия страхования, Программу страхования и Таблицу страховых выплат.</li> </ul>
<b>Страхователь обязан:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Своевременно осуществлять уплату страховой премии по Договору страхования.</li> <li>• При заключении Договора дать согласие на обработку персональных данных и предоставление медицинской информации Страховщику и исполнителям Медицинских и/или Иных услуг, а также, при необходимости, добровольное информированное согласие на медицинские вмешательства.</li> <li>• довести до сведения Застрахованного (его законного представителя) положения Программы страхования и условия Договора страхования.</li> <li>• Исполнять положения Договора и иных документов, закрепляющих Договорные правоотношения между Страхователем и Страховщиком, связанные с заключением, исполнением или прекращением этих правоотношений.</li> <li>• обеспечить получение согласия Застрахованного (его законного представителя) на обработку персональных данных согласно действующему законодательству Российской Федерации.</li> <li>• в случае замены Застрахованного другим лицом обеспечить получение согласия Застрахованного (его законного представителя) на эти действия согласно действующему законодательству Российской Федерации, данная обязанность, условиями соглашения между сторонами Договора страхования, может быть возложена на лицо, указанное в соглашении как новое Застрахованное лицо.</li> <li>• при наступлении события, обладающего признаками Страхового случая, уведомить об этом Страховщика в порядке и сроки, установленные Программой страхования.</li> <li>• не позднее 3 (трех) календарных дней уведомить в письменном виде Страховщика обо всех изменениях в сведениях, предоставленных Страховщику при заключении Договора страхования.</li> <li>• соблюдать порядок получения услуг, указанный в Варианте или Программе страхования;</li> <li>• исполнять иные положения Договора страхования, Программы страхования.</li> <li>• В случае отказа от договора страхования Страхователя – физического лица в течение периода охлаждения, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, направить Страховщику письменное заявление с указанием в нём банковских реквизитов для перечисления страховой премии и приложением копии паспорта Страхователя – физического лица и оригинала или копии договора страхования (Полиса).</li> </ul>
<b>Страхователь имеет право:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ознакомиться с условиями страхования и получить Программу страхования на условиях, которой заключен Договор страхования.</li> <li>• Получить любые разъяснения по заключенному Договору страхования.</li> <li>• Требовать предоставления Медицинских и/или Иных услуг в соответствии с условиями Договора страхования, а также ставить в известность Страховщика об отказе в их предоставлении либо предоставлении неполных или некачественных услуг;</li> <li>• Получить дубликат Договора в случае его утраты.</li> <li>• Отказаться от Договора в любое время.</li> </ul>
<b>Застрахованное лицо обязано:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Заботиться о сохранении своего здоровья, выполнять предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления услуг по Договору страхования, соблюдать распорядок, установленный медицинскими учреждениями.</li> <li>• При возникновении события, имеющего признаки страхового, действовать в соответствии с памяткой Застрахованного при обращении за медицинской помощью.</li> <li>• При обращении за получением Медицинских и/или Иных услуг предоставить согласие на обработку своих персональных данных, в том числе медицинского характера.</li> </ul>
<b>Застрахованное лицо имеет право</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Получать услуги в соответствии с Договором страхования.</li> <li>• Получать разъяснения по условиям Договора о порядке предоставления Медицинских и/или Иных услуг.</li> <li>• Сообщать Страховщику о случаях непредоставления, неполного или некачественного оказания услуг по Договору страхования.</li> <li>• Отказаться от получения Медицинских и/или Иных услуг, предусмотренных Договором страхования, предоставив Страховщику письменный отказ.</li> </ul>
<b>Порядок получения страхового возмещения</b>	В отдельных случаях и по согласованию со Страховщиком (Сервисной компанией) , оплата Медицинских и/или Иных услуг может быть осуществлена по принципу возмещения. Для получения возмещения необходимо полностью заполнить Заявления о страховой выплате по форме Страховщика. Заявление должно быть полностью и до-

	<p>стоверно заполнено и подписано Застрахованным лицом.</p> <p>Некорректное заполнение разделов может стать причиной отсрочки принятия заявления. Застрахованное лицо обязано обеспечить заполнения медицинской части заявления лечащим врачом/врачом специалистом Застрахованного лица либо приложить медицинское заключение/выписку из истории болезни к документам, предоставляемым Страховщику или назначенному им представителю.</p> <p>К Заявлению о страховой выплате необходимо приложить копии документов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица;</li> <li>• Копия выписки из истории болезни Застрахованного лица (о проведении стационарного или амбулаторного лечения), заверенная печатью лечащего врача и медицинского учреждения.</li> <li>• Копии медицинских свидетельств относительно посещений врачей, копии рецептов, заключения рентгенолога и копии документов, удостоверяющих получение иных медицинских услуг (договоры с лечебными учреждениями).</li> <li>• Оригиналы расчетных чеков и квитанций (счет-фактуры, платежные ордера, бланки банковских платежей и т.д.), в которых указаны информация относительно каждого медикамента, его количества и стоимости, названия процедур и консультации врачей.</li> <li>• Эпикриз (в случае стационарного лечения в медицинском учреждении).</li> </ul> <p>При необходимости Страховщик оставляет за собой право запросить оригиналы представленных документов, а также дополнительную информацию, подтверждающую факт наступления страхового события, получения и оплаты Медицинских и /или Иных услуг.</p> <p>Страховщик оставляет за собой право назначить и провести медицинскую экспертизу Застрахованного лица (обследования с медицинской точки зрения и/или проведения любого клинического тестирования и для информирования относительно медицинских вопросов по каждому заявлению). При отказе Застрахованного пройти независимое медицинское обследование или тестирование в любой клинике по требованию Страховщика, выплат по заявлению производиться не будет.</p>
<p><b>Освобождение Страховщика от страховой выплаты</b></p>	<p>Страховщик освобождается от обязательства произвести страховую выплату в том случае, если события, перечисленные в разделе «Страховые риски/страховые случаи» настоящей Программы страхования, наступили в результате:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.</li> <li>• Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий.</li> <li>• Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.</li> <li>• У Страховщика не возникает правовых оснований/обязанности по выплате возмещения: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Если лицо, требующее получение страховой выплаты, не является Страхователем/Застрахованным лицом или представителем кого-либо из этих лиц;</li> <li>• Если договор страхования является недействительным в соответствии с законодательством Российской Федерации;</li> <li>• Если заявленное событие (убыток) в действительности не имело места или не подтверждено соответствующими документами;</li> <li>• Если наступившее событие не отвечает признакам страхового случая, предусмотренного настоящей Программой страхования и/или договором страхования;</li> <li>• Если наступившие события и/или убытки исключены из страхования в соответствии с условиями настоящей Программы страхования и/или договора страхования;</li> <li>• Если имеются основания для освобождения Страховщика от страховой выплаты, предусмотренные законодательством Российской Федерации;</li> <li>• Если такое неисполнение сказалось на обязанности Страховщика выплатить страховое возмещение (ст. 961 ГК);</li> <li>• Если убыток возмещен третьими лицами;</li> </ul> </li> <li>• В части страховой выплаты, которая не подтверждена документально и отсутствие документов по факту наступления заявленного события не позволяет Страховщику установить соответствующий размер/часть убытков;</li> <li>• Если Страхователь в одностороннем порядке отказался от исполнения обязательств и/или изменил условия Программой страхования и/или заключенного Договора страхования.</li> </ul>
<p><b>ОПРЕДЕЛЕНИЯ</b></p>	
<p><b>Амбулаторный пациент</b></p>	<p>Пациент, который посещает медицинское учреждение и не находится в дневном стационаре или в круглосуточном госпитале.</p>
<p><b>Больница/ Медицинское учреждение</b></p>	<p>Любое учреждение, имеющее медицинскую лицензию в соответствии с законодательством страны, в которой оно оказывает услуги, или другие учреждения, используемые для той же цели и лицензированные и контролируемые соответствующими медицинскими органами страны, в которой они выполняют свои функции.</p>
<p><b>Врач-специалист</b></p>	<p>Врач, получивший образование в области медицины или хирургии в признанном медицинском учебном заведении и имеющий разрешение на медицинскую практику в соответствии с законодательством страны, в которой проводится лечение в пределах их медицинской лицензии.</p>
<p><b>Временная франшиза (период ожидания)</b></p>	<p>Период времени с момента вступления Договора страхования в силу в отношении отдельного Застрахованного лица и до момента начала действия страхования, в течение которого установленный Застрахованному лицу диагноз не является страховым случаем. Устанавливается в Договоре страхования, Программе или Варианте страхования. Временная франшиза действует только в первый год страхования и в дальнейшем не применяется в случае непрерывного страхования путем заключения Договора на новый срок. Страховыми случаями признаются страховые события, произошедшие в период действия страхования, с учетом временной франшизы.</p> <p>По соглашению сторон, период ожидания, указанный в Таблице страховых выплат в соответствии с</p>

	Вариантом страхования, может быть изменен. Такие изменения должны быть зафиксированы письменно и указаны в приложении к Договору страхования.
<b>Врожденная аномалия (порок) развития</b>	Аномалии, деформации, заболевания, болезни или травмы, присутствующие во время родов, независимо от того, диагностированы они вовремя или нет.
<b>Госпитальный пациент</b>	Госпитализированный в медицинское учреждение пациент, который по медицинским показаниям находится в нем круглосуточно не менее 1 суток.
<b>Дата диагностирования заболевания</b>	Дата установления медицинским специалистом, имеющим необходимую квалификацию, заключительного диагноза заболевания, основанного на результатах проведенного обследования Застрахованного.
<b>Дата начала действия страхования</b>	Дата, с которой полис вступает в силу для Застрахованного лица.
<b>Дата перезаключения</b>	Годовщина даты начала действия полиса. Она возникает на следующий день после даты истечения срока, указанной в полисе (Договоре страхования).
<b>Диагностические обследования</b>	Обследования, такие как рентген, анализы крови, цитологические исследования и т.п., выполняемые для поиска причины симптомов заболевания.
<b>Договоры родительской группы</b>	Договоры страхования, заключенные при Непрерывном страховании на условиях настоящей Программы. Включают все договоры страхования, заключенные последовательно в отношении одного и того же Застрахованного лица, и к которым применимы определения Пожизненный лимит и Непрерывное страхование, и в отношении которых действуют одни и те же страховые риски. Срок страхования по всем договорам родительской группы может быть больше года и исчисляется с даты заключения наиболее раннего договора страхования до даты окончания наиболее позднего договора страхования.
<b>Инструменты/оборудование</b>	Устройства и оборудование, используемые как неотъемлемая часть хирургического вмешательства, проводимого практикующим врачом/специалистом, за исключением протезов или медицинского оборудования длительного пользования.
<b>Иные услуги</b>	Услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Договор страхования, в том числе: сервисные услуги; питание и проживание (нахождение) при стационарном лечении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимости койко-дня); оформление медицинским учреждением различной медицинской документации; медико-транспортные и транспортные услуги; услуги по размещению в гостинице; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и др.
<b>Косметическое лечение</b>	Затраты на лечение, связанные с косметическим или эстетическим лечением или любым лечением, которое проводится для восстановления внешнего вида в результате какого-либо заболевания или психологического состояния, травмы или проведенной ранее операции, за исключением случаев, специально оговоренных в Таблице страховых выплат.
<b>Лекарственные средства/медицинские препараты</b>	Любое фармакологическое вещество или комбинация веществ, оказывающих иммунологическое или метаболическое действие, доступное только по рецепту квалифицированного врача, отпускаемое лицензированным фармацевтом и вводимое в терапевтических целях или для постановки медицинского диагноза. Если врач прописывает оригинальное лекарство, оно может быть заменено альтернативой с идентичными действующими веществами, активностью и доступной дозировкой.
<b>Максимальный годовой лимит</b>	Максимальная страховая сумма, выплачиваемая Страховщиком в рамках Программы с учетом выбранного Варианта страхования, за одного Застрахованного за период действия страхового полиса.
<b>Медицинское оборудование длительного пользования</b>	Любые предметы, принадлежности, оборудование или устройства, используемые в процессе лечения или домашнего ухода, включая эндопротезы, используемые для лечения основного заболевания. Сюда не могут входить, помимо прочего, ортопедические опоры и скобы (включая супинаторы, стельки, ортезы, тейпы, скобы и др.), костыли, инвалидные коляски, речевые аппараты и любые медицинские или хирургические принадлежности.
<b>Сервисная компания</b>	Любые компании, назначенные Страховщиком, которые предоставляют административные, управленческие и сопутствующие услуги, предусмотренные Программой страхования.
<b>Непрерывное страхование</b>	Перезаключение договора страхования на условиях настоящей Программы страхования на следующий страховой год не позднее даты окончания действующего договора страхования. При непрерывном страховании период ожидания (временная франшиза) не применяется. В случае если договор страхования не был заключен до даты окончания предыдущего договора страхования и страховая премия по нему не поступила в течение срока, предусмотренного в договоре для оплаты страховой премии, страхование не будет считаться непрерывным и к страховым рискам будет применяться (исчисляться заново) период ожидания (временная франшиза) и такой договор страхования будет считаться заключенным впервые. Для страховых рисков, ранее не предусмотренных вариантом, программой страхования при изменении Программы или Варианта страхования применяются временные франшизы (период ожидания) на условиях договора, заключенного впервые.
<b>Необходимое по медицинским показаниям</b>	Лечение, которое, по мнению квалифицированного практикующего врача/специалиста, является подходящим и соответствующим диагнозу, доказанное и продемонстрировавшее, что оно имеет медицинскую ценность и которое соответствует общепринятым медицинским стандартам и которое нельзя отменить без отрицательного воздействия на состояние Застрахованного лица или снижения качества оказываемой медицинской помощи. Такое лечение должно быть необходимо по причинам, не связанным с комфортом или удобством пациента или практикующего врача/специалиста, и должно предоставляться только в течение приемлемого периода времени.
<b>Обоснованные</b>	Стандартная плата, которая обычно взимается в отношении затрат на лечение в стране, в которой



<b>расходы</b>	оно проводилось. Страховщик имеет право потребовать, чтобы такие расходы были подтверждены независимой третьей стороной.
<b>Период реконвалесценции</b>	Период выздоровления после болезни в соответствии с планом лечения
<b>Перерыв в страховании</b>	Заключение договора страхования с перерывом в 1 и более день с даты окончания предыдущего договора страхования на условиях настоящей Программы.
<b>Полис, Договор страхования</b>	Договор страхования, заключенный на основании Общие условий и Специальных условий Программы страхования «МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПОЛИС»
<b>Предварительная авторизация (согласование) лечения</b>	Подтверждение, которое необходимо получить от Страховщика или Сервисной компании перед получением лечения в соответствии с Таблицей страховых выплат.
<b>Период страхования</b>	Страховщик и Страхователь имеют право установить срок страхования, не равный сроку действия договора страхования (период страхования). Период страхования - общий срок (промежуток времени), в течение которого действовало непрерывное страхование на условиях настоящей Программы, включает в себя срок страхования по всем непрерывно заключенным договорам страхования. Предельный срок страхования устанавливается Вариантом и Программой страхования.
<b>Первый договор страхования</b>	Договор страхования на условиях настоящей Программы, заключенный впервые или с перерывом в страховании.
<b>Пожизненный лимит</b>	Общая агрегатная страховая сумма по всем Договорам родительской группы, заключенным на условиях настоящей Программы при Непрерывном страховании в пользу одного и того же Застрахованного лица, с учетом условий раздела «Максимальный годовой лимит». Сведения о ранее заключенных договорах страхования указываются в Заявлении на страхование или Договоре страхования. Применяется ко всему периоду страхования в отношении одного Застрахованного лица.
<b>Проживание и питание</b>	Пребывание в стандартной двух- или трех-местной палате с отдельной ванной комнатой.
<b>Протез</b>	Искусственный заменитель или замена части тела, ограниченной глазами, суставами и конечностями. В случае эндопротеза см. раздел «Медицинское оборудование длительного пользования»
<b>Предшествующее состояние</b>	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 лет до даты вступления в силу Договора страхования. Такие состояния также включают в себя любые осложнения или последствия, связанные с указанными состояниями.
<b>Период охлаждения</b>	Период времени, в течение которого Страхователь вправе отказаться от Договора страхования и получить возврат уплаченной страховой премии в полном объеме, при условии, что на дату отказа от Договора страхования не наступало событий, имеющих признаки страхового случая. Устанавливается в Договоре страхования и составляет не менее 14 календарных дней.
<b>Родственники/ Зависимые лица</b>	Один супруг, родители Застрахованного лица или его любые не состоящие в браке дети, приемные дети или законно усыновленные дети, при условии, что они младше 19 лет (или младше 26 лет для студентов очных отделений ВУЗов) на дату начала действия страхования или при любой последующей дате продления. Для того, чтобы быть Застрахованным лицом, все зависимые лица должны быть указаны в полисе в качестве Застрахованных лиц.
<b>Связанное(ые) заболевание(я)/состояние(я)</b>	Любое заболевание или состояние, которое может рассматриваться как основная причина или напрямую быть связано с заболеванием, по поводу которого заявлена страховая выплата.
<b>Сервисная компания</b>	Компания, имеющая Договор со Страховщиком, в соответствии с которым она организует круглосуточно Медицинские и/или Иные услуги Застрахованным лицом, предусмотренные Вариантом/Программой страхования и/или Договором страхования.
<b>Сопровождающее лицо</b>	Лицо, сопровождающее Застрахованного до места лечения и обратно. Присутствие Сопровождающего лица должно быть предписано врачом Сервисной компании/Страховщика и согласовано Сервисной компаний/Страховщиком.
<b>Террористический акт</b>	Террористический акт означает действие, включая, помимо прочего, угрозу силой или ее применение или насильственные действия со стороны любого лица или группы лиц, действующих в одиночку или от имени каких-либо организаций или правительств, совершенное в политических, религиозных, идеологических или аналогичных целях или по причинам, включая намерение повлиять на правительство и/или запугать общественность или любую часть общества.
<b>Устойчивое вегетативное состояние/неврологические повреждения</b>	Хроническое бессознательное состояние, возникающее в результате сильного повреждения полушарий головного мозга, при котором Застрахованное лицо не может выразить какие-либо поведенческие или церебральные метаболические свидетельства наличия когнитивной функции или способность научиться реагировать на внешние события или стимулы.
<b>Церебральный синдром</b>	Наличие нарушения со стороны головного мозга или повреждения мозга, приводящего к частичному или полному снижению функции мозга.
<b>Экспериментальные методы лечения</b>	Любые расходы в связи с лечением, услугами или лекарственной терапией, которые Страховщик считает экспериментальными или недоказанными на основании общепринятой медицинской практики или предоставленные нелицензированным врачом или любым непосредственно членом семьи Застрахованного.

**СПЕЦИАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ  
ПРОГРАММЫ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
«МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПОЛИС» ВАРИАНТ BASIC**

Специальные условия Программы страхования «МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПОЛИС». **Вариант «BASIC»** (далее - Программа страхования) разработана в соответствии с законодательством Российской Федерации (далее – РФ) на условиях Правил добровольного медицинского страхования граждан № 9 в редакции, действующей на дату заключения Договора (Полиса) добровольного медицинского страхования (далее – Договор страхования, Полис) с учетом положений и определений, перечисленных в Общих условия страхования «МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПОЛИС».

<b>Страховые риски/ Страховые случаи</b>	<p>Страховой риск - предполагаемое событие, требующее оказания и оплаты Медицинских и/или Иных услуг, отвечающее признакам вероятности и случайности, на случай наступления которого осуществляется страхование.</p> <p>Страховым случаем признается документально подтвержденное обращение Застрахованного лица к Страховщику/в Сервисную компанию за Медицинскими и/или Иными услугами в связи с наступлением в период страхования обстоятельств, из числа нижеперечисленных, требующих оказания и оплаты Медицинских и/или Иных услуг в связи со следующим перечнем обстоятельств (страховым рискам):</p> <p><b>Страховой риск «Лечение злокачественных новообразований»</b> включает диагностирование и назначение лечения злокачественного новообразования, возникшего впервые в течение действия Договора страхования, характеризующегося неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, проникающих в ткань различного гистологического типа и классифицируемого в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) по следующим кодам: C00-C97 злокачественные новообразования, включая злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (C81-C96), а также новообразования in situ (D00-D09). Диагноз должен поддерживаться гистологическими или, в случае системных злокачественных новообразований, цитологическими доказательствами, а также быть установлен Врачом-специалистом.</p> <p>Исключены из страхового покрытия следующие заболевания и состояния:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Новообразования, которые диагностированы, как дисплазия шейки матки CIN1, CIN2, CIN3, или новообразования, которые гистологически диагностированы как предраковые.</li> <li>• Злокачественная меланома класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002.</li> <li>• Заболевания кожи следующих типов: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ гиперкератоз и базально-клеточная карцинома; плоскоклеточная карцинома, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы.</li> <li>○ любые новообразования кожи (включая лимфому кожи), кроме злокачественных новообразований с инвазией в лимфатические узлы, злокачественной меланомы, которая на основании гистологического анализа была классифицирована как распространенная под эпидермисом (наружным слоем кожи).</li> </ul> </li> <li>• Злокачественные новообразования на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ) или СПИД, являющиеся прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ).</li> <li>• Новообразования щитовидной железы, за исключением злокачественных новообразований, подлежащих оперативному лечению.</li> <li>• Все формы злокачественных новообразований (как определено выше) в присутствии других хронических заболеваний/болезней/состояний, препятствующих лечению и/или приносящих значительный ущерб здоровью при лечении онкологических заболеваний (см. раздел Страховой риск «Лечение злокачественных новообразований»).</li> </ul> <p>Медицинские и/или Иные услуги, предусмотренные Программой страхования, а также порядок их оказания, указаны в <b>Таблице страховых выплат</b>. Страховые лимиты установлены для каждого (одного) Застрахованного лица и одного состояния /заболевания или одного страхового года.</p>
<b>Валюта договора страхования</b>	рубли РФ
<b>Территория страхования</b>	Российская Федерация
<b>Территория оказания Медицинских и/или Иных услуг</b>	Российская Федерация

**ТАБЛИЦА СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ**

Таблица страховых выплат содержит: перечень Медицинских и/или Иных услуг, порядок взаимодействия сторон при наступлении события, имеющие признаки страхового случая, лимиты ответственности Страховщика, исключения из программы страхования.

<b>Условия программы</b>	<b>Лимиты и ограничения</b>	<b>Условия страхования и пояснения</b>
<b>Период ожидания (временная франшиза)</b>	<b>90 дней</b> - для Застрахованных по договорам страхования физических лиц.	После вступления Договора страхования в силу случаи, наступившие в течение Периода ожидания, не являются страховыми. При перезаключении Договора период ожидания не применяется.
<b>Максимальный годовой лимит</b>	<b>Устанавливается в договоре страхова-</b>	Максимальный общий лимит страховых выплат в соответствии с Договором страхования в течение страхового года для каждого Застрахованного лица, если иное не предусмотрено

<b>(страховая сумма)</b>	<b>ния</b>	Договором страхования.
<b>Пожизненный лимит (страховая сумма)</b>	<b>Устанавливается в договоре страхования</b>	Максимальный общий лимит по всем услугам по всем договорам, заключенным в течение всей жизни Застрахованного лица в рамках программы «МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПОЛИС».
<b>Страховой риск «Лечение злокачественных новообразований»</b>		
<b>Общие положения</b>	<p>При наступлении Страхового случая Страховщик принимает на себя обязательство организовать оказание Медицинских и/или Иных услуг надлежащего объема и качества, произвести оплату указанных услуг, а также, если это прямо предусмотрено Договором страхования, по необходимости возместить понесенные Страхователем/ Застрахованным лицом в связи со Страховым случаем расходы, в строгом соответствии с условиями Договора страхования и выбранными Вариантом и Программой страхования. Страховщик не возмещает расходы по проезду или проживанию, осуществленные самим Застрахованным лицом либо третьим лицом от имени Застрахованного, понесенные без предварительного письменного согласования со Страховщиком.</p> <p>Страховщик в целях исполнения своих обязательств имеет право заключать Договоры по оказанию Медицинских и/или Иных услуг с Сервисными компаниями, при условии, что это не противоречит законодательству РФ. Страховщик имеет право уполномочить Сервисную компанию на предоставление услуг, предусмотренных Программой страхования. В этом случае Страхователь (Застрахованное лицо) по всем вопросам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, осуществляет взаимодействие с Сервисной компанией.</p>	
<b>Амбулаторно—поликлиническое, стационарное (включая дневной стационар) лечение после первичного установления диагноза «Злокачественное новообразование» в течение срока страхования Страховой риск «Лечение злокачественных новообразований»</b>	<b>включено</b>	<p>Амбулаторно—поликлиническое, стационарное (включая дневной стационар) лечение после первичного установления диагноза Злокачественное новообразование в течение срока страхования. Программой страхования предусмотрены следующие Медицинские и/или Иные услуги, с учетом раздела «Исключения» Программы страхования:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• консультации врача-онколога и врачей-специалистов;</li> <li>• лучевая терапия и химиотерапия, по отдельности или вместе, а также все назначенные врачом медикаменты, перевязочные материалы, необходимые для лечения;</li> <li>• услуги дополнительного генетического обследования в независимом диагностическом центре по выбору Страховщика для подбора наиболее подходящего лечения на основании генома Застрахованного лица;</li> <li>• лабораторная диагностика, необходимая для обследования, верификации диагноза и определения схемы лечения: клинические, биохимические, микробиологические, серологические, гормональные, цитологические исследования, гистологические исследования;</li> <li>• инструментальная диагностика, необходимая для обследования, установления диагноза и определения схемы лечения: рентгенологические, ультразвуковые, функциональные, эндоскопические исследования, радиоизотопные диагностические исследования и т.п.</li> <li>• пребывание в стационаре или дневном стационаре, включая: <ul style="list-style-type: none"> <li>- включая питание, в стандартной палате по медицинским показаниям по решению лечащего врача-специалиста;</li> <li>- лечение и наблюдение лечащим врачом в отделении, консультации специалистов, медикаментозное лечение;</li> <li>- хирургические вмешательства;</li> <li>- анестезиологические пособия, пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;</li> <li>- размещение в стационаре сопровождающего/осуществляющего уход лица, если данное медицинское учреждение предоставляет такую услугу, что заменяет его проживание в гостинице.</li> </ul> </li> <li>• Медикаменты, необходимые для продолжения лечения по месту постоянного проживания (в рамках страховых лимитов).</li> </ul> <p>Страховщик оплачивает расходы на активное лечение, необходимое по медицинским показаниям, включая амбулаторно-поликлиническое, в соответствии с настоящим разделом.</p>
<b>Расходы на поездку для Застрахованного лица и одного сопровождающего /лица, осуществляющего уход</b>	До <b>250 000</b> (двести пятьдесят тысяч) руб. (поездки эконом-класс) на территории РФ	<p>В рамках Программы страхования Страховщик организует и оплачивает Медицинские и/или Иные услуги в рамках Программы страхования, а также осуществляет выбор даты поездки, согласованной с планом лечения.</p> <p>Программой страхования предусмотрены:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• проезд Застрахованного лица с места жительства или из медицинского учреждения в аэропорт/железнодорожный вокзал и посредством коммерческого рейса эконом-класса к месту лечения (если по мнению лечащего врача/врача-специалиста состояние здоровья Застрахованного лица позволяет совершить подобную поездку) для прохождения лечения в стационаре или дневном стационаре медицинского учреждения. Уровень/категория билета и выбор средства передвижения определяются по медицинским показаниям;</li> <li>• организованная Страховщиком поездка Застрахованного лица и одного сопровождающего/осуществляющего уход лица (при необходимости), перелета в одну или обе стороны после выписки из медицинского учреждения; обратный перелет в связи с каждым страховым случаем – для Застрахованного лица и одного сопровождающего лица.</li> </ul>
<b>Расходы на проживание для Застра-</b>	До <b>250 000</b> (двести пятьдесят тысяч)	<p>В рамках Программы страхования Страховщик организует и оплачивает следующие услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• выбор места проживания, руководствуясь разумными ценами на стандартную</li> </ul>

хованного лица и одного сопровождающего/лица, осуществляющего уход	руб. (гостиница 3-4*) на территории РФ	палату; расходы на стандартный гостиничный номер для Застрахованного лица и, при необходимости (по медицинским показаниям), для одного сопровождающего/оказывающего уход лица на период пребывания в медицинском учреждении и после выписки. В дополнение к вышесказанному проживанию сопровождающего/осуществляющего уход лица в стандартном гостиничном номере будет возмещаться столько времени, сколько понадобится для нахождения Застрахованного лица в медицинском учреждении в том случае, когда медицинское учреждение не может предоставить такому лицу больничную койку.
Пребывание в стационаре/ Расходы, произведенные в медицинском учреждении	включено	<p>В рамках Программы страхования Страховщик организует и оплачивает пребывание в стационаре по поводу лечения состояний и заболеваний, предусмотренных Программой страхования, в том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• пребывание в стационаре или дневном стационаре, включая проживание и питание в стандартной палате;</li> <li>• пребывание в отделении реанимации или интенсивной терапии или в послеоперационном отделении;</li> <li>• диагностические исследования;</li> <li>• оперативные вмешательства;</li> <li>• консультации врачей-специалистов;</li> <li>• услуги лечащего врача/врача-специалиста, квалифицированной медсестры;</li> <li>• расходы на медикаменты и перевязочные материалы, назначенные лечащим врачом или врачом-специалистом;</li> <li>• необходимые медицинские приборы длительного использования.</li> </ul> <p>В случае истечения срока действия Программы страхования при незавершенном медицинском лечении расходы на лечение в стационаре подлежат оплате Страховщиком до даты окончания договора страхования (в том числе в случае, если такое лечение было предварительно согласовано и одобрено Страховщиком), если Договор страхования в отношении такого Застрахованного лица не был перезаключен на новый срок.</p>
Предоперационное амбулаторное лечение и лечение, необходимое перед госпитализацией	включено	<p>В рамках Программы страхования Страховщик организует и оплачивает следующие услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• расходы на амбулаторное лечение, включая медикаменты и перевязочные материалы, являющиеся частью предоперационной подготовки Застрахованного лица (при необходимости, донора) перед госпитализацией, предусмотренной Договором страхования, если оно назначено специалистом, лечащим Застрахованного лица.</li> <li>• расходы на амбулаторное лечение, предусмотренное Программой страхования, если это амбулаторное лечение проводится впервые по поводу события, являющегося Страховым случаем. Программой страхования предусмотрено только амбулаторное лечение для предоперационной подготовки, предшествующее лечению в стационаре или дневном стационаре: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ лабораторная диагностика, необходимая для обследования, установления диагноза и определения схемы лечения: клинические, биохимические, микробиологические, серологические, гормональные, цитологические исследования, гистологические исследования;</li> <li>○ инструментальная диагностика, необходимая для обследования, установления диагноза и определения схемы лечения: рентгенологические, ультразвуковые, функциональные, эндоскопические исследования, радиоизотопные диагностические исследования и т.п.</li> </ul> </li> </ul>
Медикаменты, необходимые для продолжения лечения по месту постоянного проживания (данная услуга применима для Страхового риска «Лечения злокачественных новообразований»)	включено	<p>После выписки из медицинского учреждения и возвращения к месту постоянного проживания, по Договору страхования будут оплачены расходы на медикаменты и перевязочные материалы, необходимые для продолжения лечения Застрахованного лица.</p> <p>Услуга оказывается по принципу возмещения, согласно которому с медицинской точки зрения для дальнейшего лечения лечащим врачом/врачом-специалистом назначаются необходимые медикаменты, которые разрешены, лицензированы и доступны по месту проживания, при условии, что эти медикаменты не подлежат предоставлению в рамках государственного обеспечения или на основании другого Договора страхования Застрахованного лица.</p> <p>Если расходы на медикаменты и перевязочные материалы частично были оплачены в рамках государственного обеспечения или на основании другого договора страхования, то Застрахованное лицо обязано указать их в Заявлении на страховую выплату.</p>
Репатриация	полностью	<p>Страховщик в случае смерти Застрахованного, произошедшей в ходе лечения Застрахованного, организованного в соответствии с Договором страхования), организует репатриацию останков Застрахованного и/или Сопровождающего лица), предоставляет услуги и материалы, необходимые для подготовки тела и его транспортировки. Транспортировка останков осуществляется до аэропорта, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного.</p>

#### Порядок оказания Медицинских и/или Иных услуг

Перечень документов, предоставляемых для признания события страховым	<p>При первичной постановке Застрахованному лицу в период срока страхования диагноза, требующего организации и оказания Медицинских и/или Иных услуг, Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно, после наступления события, имеющего признаки страхового, сообщить Страховщику о постановке диагноза любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по телефону, факсу, по электронной почте,</p>
--	--



	<p>письмом и т.д.).</p> <p>Для признания наступившего события страховым Страхователь (Застрахованное лицо) предоставляет Страховщику/Сервисной компании следующие документы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• заявление о страховом событии и об организации лечения по форме Страховщика;</li> <li>• копия Договора страхования или оригинал по требованию Страховщика;</li> <li>• направление лечащего врача на плановое стационарное лечение, при наличии;</li> <li>• медицинский документ, выданный Медицинским учреждением (выписка из медицинской карты амбулаторного/стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни), заверенные печатью и подписью ответственного лица, с указанием диагноза, даты первичной диагностики, сроков лечения, результатов обследования и другой информации);</li> <li>• результаты проведенных анализов и исследований, на основании которых был поставлен диагноз и назначено лечение;</li> <li>• выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию о заболеваниях, имевшихся у Застрахованного до заключения Договора страхования за период 10 лет;</li> <li>• медицинский документ из онкологического диспансера по месту жительства Застрахованного об отсутствии обращений за последние 10 (десять) лет (при диагностировании злокачественного новообразования);</li> <li>• копия документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица.</li> </ul> <p>Страхователь /Застрахованное лицо вправе дополнительно предоставить любые иные документы, подтверждающие его право на получение Медицинских и/или Иных услуг, и не указанные в Программе страхования и Договоре страхования.</p> <p>Указанные документы должны быть представлены в виде оригиналов или копий, заверенных нотариально или органом/ учреждением/ организацией, которые выдали документ и/или располагают его подлинником.</p>
<p><b>Порядок взаимодействия сторон при наступлении страхового события</b></p>	<p>Страховщик /Сервисная компания после получения Заявления о событии, имеющем признаки страхового случая, и об организации лечения обязан:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Принять заявление к рассмотрению. В случае если представлен неполный комплект документов, обязанность по предоставлению которых лежит на Страхователе (Застрахованном), в срок не позднее 14 рабочих дней с момента получения заявления запросить у Страхователя (Застрахованного) дополнительно документы/информацию/сведения в письменном виде с уведомлением об отсрочке в принятии решения до получения необходимых документов.</li> <li>• Страховщик в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения полного комплекта документов, перечисленных в предыдущем разделе, должен провести их анализ и принять решение о признании (отказе в признании) события Страховым случаем.</li> <li>• В случае принятия решения об отказе в признании события Страховым случаем в срок не позднее 10 (десяти) рабочих дней с принятия решения направить в адрес лица, обратившегося с заявлением, письменный ответ с указанием причин принятого решения.</li> <li>• В случае признания случая страховым направить уведомление Застрахованному о возможности организации Медицинских и/или Иных услуг. Застрахованное лицо должно в течение 30 дней уведомить Страховщика о своём решении в отношении лечения.</li> </ul> <p>Страховщик, если это необходимо, вправе:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Направить запрос в письменной форме о недостающих документах/ информации/ сведениях Страхователю (Застрахованному лицу), в правоохранительные и иные органы, в медицинские и другие учреждения, ФОМС, страховые и сервисные компании, гражданам, располагающим информацией об обстоятельствах страхового события.</li> <li>• Проводить экспертизу представленных документов, самостоятельно установить факты, выяснять причины и обстоятельства страхового события.</li> <li>• Отсрочить решение вопроса о признании (или непризнании) события страховым случаем и страховой выплате (или отказе в страховой выплате) в следующих случаях: если Страховщиком был направлен запрос в компетентные органы, или принято решение о проведении самостоятельной экспертизы/установления фактов/выяснения причин и обстоятельств – до получения ответа на запрос или на время проведения собственной экспертизы, но не более 60 (шестидесяти) календарных дней;</li> <li>• По своему усмотрению сократить указанный перечень и/или принять решение о достаточности фактически представленных документов, если они позволяют достоверно установить факт наступления события, а также его причину и обстоятельства.</li> <li>• Выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком путем оплаты стоимости оказанных Застрахованному Медицинских и/или Иных услуг исполнителям/Медицинским учреждениям. При признании события Страховым случаем, если иное не предусмотрено Договором страхования, Страховщик организует оказание Медицинских и/или Иных услуг в соответствии со следующим порядком: все расходы должны быть заранее организованы и согласованы Страховщиком и/или его назначенным представителем (Сервисной компанией) в письменной форме. Страховщик оплачивает Медицинские и /или Иные услуги.</li> <li>• Выбор медицинского и иного учреждения для получения услуг, предусмотренных Договором страхования, Вариантом и Программой страхования, осуществляется Страховщиком.</li> <li>• Медицинские учреждения, сервисные компании и иные учреждения оказывают Медицинские и/или Иные услуги Застрахованным лицам, предусмотренные Договором страхования, Программой и/или Вариантом страхования, включая транспортные, медико-транспортные услуги, услуги по репатриации, размещение в гостинице с учетом сроков и ограничений Договора страхования, Программы и Варианта страхования. После получения Страховщиком подтверждения от Застрахованного лица о выбранном медицинском учреждении Страховщик/Сервисная компания осуществляет организацию необходимых услуг в сроки, предусмотренные согласованным планом лечения, Договором страхования, Программой или Вариантом страхования, но не более 30 дней с даты получения такого подтверждения от Застрахованного лица/Страхователя.</li> </ul>

## ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

*Комментарий: Определенные состояния и определенные виды лечения не подлежат оплате и/или возмещению. При возникновении вопросов относительно представленной в данном разделе информации, прежде чем начать лечение, необходимо связаться со Страховщиком для получения подтверждения относительно того, является ли случай страховым, а услуги подлежат оплате.*

<b>Индивидуальные исключения из Договора страхования</b>	Договор страхования может содержать индивидуальные исключения или ограничения, внесенные в договор на этапе его заключения по результатам медицинской оценки риска (Медицинское анкетирование, медицинский андеррайтинг) для каждого или некоторых Застрахованных лиц.
<b>Не страховые события</b>	<p>В настоящем разделе перечислены исключения и ограничения, применимые ко всем (любым) Застрахованным в рамках Программы страхования лицам, если иное не предусмотрено Договором страхования:</p> <p>Предшествующие состояния и заболевания</p> <p>Страховые события, возникшие в результате предшествовавших состояний или их последствий, диагностированных до даты начала действия Договора страхования и если лечение, было рекомендовано или запланировано до момента заключения Договора страхования, если при заключении Договора страхования Страховщиком не был проведен индивидуальный медицинский андеррайтинг; если Застрахованное лицо (Страхователь) намеренно не сообщил Страховщику о наличии таких Заболеваний Застрахованного при проведении индивидуального медицинского андеррайтинга;</p> <p>Поддержание жизни искусственными средствами</p> <p>Искусственное поддержание жизни, в том числе использование специальной аппаратуры для поддержания жизни, что, по мнению лечащего врача или врача-специалиста, не приведет к выздоровлению и не восстановит прежнее состояние здоровья Застрахованного лица.</p> <p>Алкоголизм и наркомания</p> <p>Медицинское лечение и/или уход при любом состоянии здоровья и/или травме, прямо или косвенно возникших в результате употребление алкоголя, наркотиков, зависимости от них или нахождения под воздействием алкоголя, психотропных веществ, психоделических наркотиков и/или наркотических веществ.</p> <p>Новообразования, исключенные из Программы страхования:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Новообразования, которые диагностированы, как дисплазия шейки матки CIN1, CIN2, CIN3, или новообразования, которые гистологически диагностированы как предраковые.</li><li>• Злокачественная меланома класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002.</li><li>• Заболевания кожи следующих типов:</li><li>• гиперкератоз и базально-клеточная карцинома; плоскоклеточная карцинома, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы.</li><li>• любые новообразования кожи (включая лимфому кожи), за исключением злокачественных новообразований с инвазией в лимфатические узлы, за исключением злокачественной меланомы, которая на основании гистологического анализа была классифицирована как распространенная под эпидермисом (наружным слоем кожи) выше класса A1 (1 мм) согласно классификации AJCC, 2002.</li><li>• Злокачественные новообразования на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ) или СПИД, являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ).</li><li>• Новообразования щитовидной железы, за исключением злокачественных новообразований, подлежащих оперативному лечению.</li><li>• Все формы злокачественных новообразований в присутствии других хронических заболеваний/болезней/состояний, препятствующих лечению и/или приносящих значительный ущерб здоровью при лечении онкологических заболеваний.</li></ul> <p><b>Химическое загрязнение и воздействие</b></p> <p>Лечение состояний/заболеваний, прямо или косвенно возникших вследствие воздействия химического или биологического загрязнения, воздействия асбеста или вследствие какого-либо ядерного вещества (вне зависимости от того, как возникло вышеуказанное загрязнение/воздействие (в том числе состояния, возникшие в результате военных или террористических действий, или если последние поспособствовали их возникновению), либо любой страховой случай, являющийся следствием вышеперечисленного.</p> <p><b>Волнения/террористические акты</b></p> <p>Случаи, возникшие вследствие войны, вторжения, действий внешнего врага, вражды (вне зависимости от того, была ли объявлена война), гражданской войны, восстания, революции, гражданского волнения, действий вооруженных или захватнических сил или случаи, возникшие вследствие любых террористических актов, за исключением случаев, когда повреждение/болезнь были получены/приобретены у случайного зрителя и не явились следствием воздействия ядерного, химического или биологического оружия или загрязнения.</p> <p><b>Нарушение работы мозга</b></p> <p>Любые расходы на лечение нарушения работы мозга, старческого слабоумия или на содержание в специальных условиях.</p> <p>Врожденные пороки и аномалии</p> <p>Врожденные нарушения, которые имелись до начала страхования, и по поводу которых Застрахованное лицо ранее обращалось для получения лечения или консультации.</p> <p><b>Косвенный вред</b></p> <p>Косвенный вред какого-либо характера, в том числе потеря прибыли, дохода или возможностей – без ограничений.</p> <p><b>Косметическое лечение</b></p> <p>Расходы на косметическое либо эстетическое лечение или расходы, связанные с любым лечением, которое осуществляется для восстановления внешнего облика, нарушенного в результате любого ухудшения состояния здоровья или психологического состояния, повреждения или предыдущей операции, за исключением случаев, специально</p>

указанных в Таблице выплат.

**Реконвалесценция (динамическое наблюдение)**

Предоставление ухода, необходимого только или в основном для выздоровления, наблюдения, контроля боли или в любой иной цели, за исключением случаев, когда уход требуется для соответствующего лечения, указанного в Списке услуг, или для получения таких услуг, которые обычно не требуют присутствия специально подготовленных врачей-специалистов для оказания подобной помощи.

**Противоправные действия уголовного характера**

Если страховое событие является следствием совершения или попытки совершения Застрахованным лицом или Страхователем противоправных действий.

**Биоактивные пищевые добавки (БАД)**

Биоактивные пищевые добавки и вещества, включая, но не ограничиваясь следующим: витамины, минералы, белковые добавки, детское питание и органические вещества вне зависимости от обстоятельства, назначены ли они лечащим врачом/врачом-специалистом и/или имеют терапевтическое воздействие.

**Эпидемии**

Услуги здравоохранения, касающиеся явлений, которые по международному или локальному масштабу были признаны эпидемией или пандемией.

**Экспериментальное лечение**

Любой расход по лечению, услугам или медикаментозной терапии, считающимися экспериментальными или необоснованными согласно общей медицинской практики, или которые были оказаны нелицензированным врачом или непосредственным членом семьи Застрахованного лица.

**Нелицензированное/неизвестное лечение**

Лечение по указанию неизвестного врача или врача-специалиста либо медицинского учреждения, которое не подтверждено, как лицо или учреждение, имеющее специальные знания и/или опыт в сфере лечения данного заболевания, соответствующими органами страны, в которой проходит лечение состояния здоровья или повреждения.

**Генетическое тестирование**

Генетические тесты, если иное прямо не предусмотрено Таблицей страховых выплат.

**Опасные виды спорта**

Случаи, возникшие вследствие участия в следующих видах спорта на профессиональном уровне (однако не ограничиваясь ими) или вследствие занятия любым опасным спортом или совершения любого опасного действия: кайт-серфинг, горный велоспорт, альпинизм, скалолазание, парусный спорт вне местных водных территорий, мотоспорт, воздушный спорт, прыжки с высоты, дайвинг (на глубине более 30 метров или при отсутствии действующей лицензии тренеров ассоциации дайвинга (PADI), любой вид спорта с участием животных, соревнования, связанные со скоростью, лыжный спорт вне горнолыжной трассы (за исключением допустимой и принятой территории) и любая гонка, за исключением пешего похода.

**СПИД/ВИЧ**

медицинские и/или иные услуги, необходимые вследствие СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита), ВИЧ (вируса иммунодефицита человека) или любого состояния, обусловленного ими, или же какое-либо лечение СПИД/ВИЧ.

**Уход или помощь на дому**

Услуги по уходу, услуги по лечению в домашних условиях, которые предоставляются восстановительными центрами или учреждениями, хосписами или домами престарелых.

**Медицинское оборудование/Врачебная ошибка**

Случаи, косвенным или прямым образом возникшие вследствие врачебной ошибки или неполадки любого медицинского/операционного оборудования или прибора.

Лечение на базе не медицинских учреждений

Водолечебницы, медицинские учреждения, проводящие лечение естественным способом (климато-, бальнеолечение, натуропатия и т.п.), или не являющееся лицензированным Медицинским учреждением.

**Игнорирование медицинских рекомендаций**

Осложнения или связанное с ними лечение, возникшие вследствие того, что не были соблюдены медицинские рекомендации или назначенный план лечения, не было обращения за лечением или медицинской консультацией, без причины было отсрочено обращение за медицинской консультацией или лечением или рекомендации были игнорированы Застрахованным лицом. Любой случай, возникший с Застрахованным лицом вследствие авиаперелета во время беременности сроком более 28 недель. Расходы, связанные с посещением другой страны Застрахованным лицом, игнорируя рекомендации правительства или посольства страны постоянного проживания не посещать данную страну или определенный регион, и понесенные там.

**Стабильное вегетативное состояние**

лечение в медицинском учреждении, ставшее следствием постоянного психического расстройства или в случае пребывания Застрахованного лица в постоянном вегетативном состоянии в течение более 90 дней непрерывно.

**Паллиативное лечение**

Комплекс мероприятий, включающих медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и уход, осуществляемые в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных лиц и направленные на облегчение боли, других тяжелых проявлений заболевания. Паллиативная медицинская помощь оказывается взрослым с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями или состояниями, а также заболеваниями или состояниями в стадии, когда исчерпаны возможности этиопатогенетического лечения, при наличии медицинских показаний.

**Расходы, предшествующие госпитализации**

Страховщик не возмещает любые расходы, предшествующие госпитализации, если они не были согласованы со Страховщиком или назначенным им представителем и/или не указанные в Таблице страховых выплат или Договоре страхования.

**Лекарственные средства/Рецепты**

	<p>Не подлежат возмещению рецепты, назначаемые в связи с продолжением медикаментозного лечения по месту постоянного проживания со сроком употребления медикаментов, превышающем 90 дней.</p> <p><b>Плановые обследования/профилактический уход</b> Плановые медицинские обследования, медицинский осмотр скрининг, направленный на проверку наличия какого-либо состояния здоровья или тест при отсутствии каких-либо симптомов, если это прямо не указано в Таблице страховых выплат или Договоре страхования.</p> <p><b>Второе мнение</b> Расходы на получение второго или очередного мнения от другого лечащего врача/врача-специалиста относительно одного и того же состояния, за исключением случаев, когда это заранее согласовано и организовано Страховщиком.</p> <p><b>Заболевания, передающиеся половым путем</b> Лечение заболеваний, передающихся половым путем</p> <p><b>Самоубийство/причинение вреда самому себе</b> Расходы, которые стали следствием самоубийства, попытки самоубийства, умышленного нанесения вреда самому себе, небрежного или безответственного поведения и/или подвержения себя необоснованной опасности, за исключением попытки спасти жизни людей.</p> <p><b>Телефонные звонки</b> Расходы на телефонные звонки.</p> <p><b>Расходы на поездку</b> Не организованные или не утвержденные Страховщиком расходы на поездку и проживание Застрахованного лица или любого третьего лица от имени Застрахованного лица.</p>
<p><b>Не признаются Страховыми случаями события из числа перечисленных в разделе Страховые случаи, если они произошли при следующих обстоятельствах:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Во время нахождения Застрахованного в местах лишения свободы, содержания под стражей; а также в изоляторах временного содержания и других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления;</li> <li>• Во время подготовки, а также непосредственного участия или подготовки Застрахованного в террористических актах;</li> <li>• В результате дорожно-транспортного происшествия в случае, если управление транспортным средством осуществлялось Застрахованным лицом, находящимся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, либо не имевшим права управления данным транспортным средством, а также в случае, если управление транспортным средством было передано Застрахованным лицом лицу, находящемуся в подобном состоянии или не имеющему права на управление данным транспортным средством;</li> <li>• Если наступление Страхового случая прямо или косвенно было вызвано психическим расстройством Застрахованного;</li> <li>• В результате злокачественных новообразований, если до даты начала срока страхования у Застрахованного развились и/или были диагностированы новообразования и их последствия (в том числе виды злокачественных новообразований), отличные от тех, с которыми Застрахованное лицо обратился к Страховщику;</li> <li>• В результате форм рака кожи в соответствии с определением Страховой риска «Лечение злокачественных новообразований»;</li> <li>• В результате эндокардита и поражении сердечных клапанов, вызванного венерическими заболеваниями (инфекциями, передающимися преимущественно половым путем);</li> <li>• В результате употребления Застрахованным лицом любых лекарств, медицинских препаратов или средств, не предписанных Врачом;</li> <li>• В результате авиационного происшествия во время полетов Застрахованного лица на любом воздушном судне, кроме случаев полета в качестве зарегистрированного пассажира воздушного судна на выполняемом по расписанию рейсе зарегистрированного авиаперевозчика, и кроме случаев полета в качестве пациента или потерпевшего, или сопровождающего, или пилота воздушного судна службы скорой помощи или службы спасения;</li> <li>• При одновременном наличии у Застрахованного лица состояний\заболеваний, в результате которых последнему не может быть оказано лечение и\или такое лечение принесет значительный ущерб здоровью;</li> <li>• В результате профессиональной деятельности Застрахованного лица, включая, но не ограничиваясь: работа с радиоактивными, взрывчатыми, непосредственно связанной с химическими веществами и газами (в том числе асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль кремнезема, диоксины и др.); работа, связанная с повышенным риском, в том числе с источниками повышенной опасности, работа со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, с микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями, на ТЭС, ГЭС, АЭС, работа на высоте, под землей, под водой, на нефтяных и газовых платформах, с оружием, в правоохранительных органах, в инкассации, служба в вооруженных силах; МЧС; посещением зон вооруженных конфликтов; в связи со службой Застрахованного лица в различных вооруженных силах, в том числе, но не ограничиваясь: службы в армии, полиции, пожарной бригаде, службах исполнения наказаний.</li> </ul> <p>Не признается страховым случаем (и следовательно Страховщик не оплачивает или не организует оказание и не производит оплату Медицинских и/или Иных услуг) обращение Застрахованного лица:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• при заболеваниях и состояниях, не предусмотренных Программой и/или которые возникли до окончания периода ожидания (временной франшизы) или после расторжения Договора страхования (кроме случаев прямо предусмотренных Договором страхования, Программой или Вариантом страхования);</li> <li>• предусмотренных настоящей Программой, для лица, не являющегося Застрахованным лицом по Договору страхования, в том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом Договора страхования и/или иных документов другому лицу для получения таким лицом Медицинских и/или Иных услуг;</li> </ul> <p>не предусмотренных конкретным Договором страхования, Вариантом и Программой страхования.</p>
<p><b>Медицинские и/или Иные услуги, не предусмотренные</b></p>	<p>В рамках Договора страхования не оказываются Медицинские и/или Иные услуги, а также не возмещаются расходы на их оказание из числа перечисленных ниже:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Получение Застрахованным лицом Медицинских и/или Иных услуг, оказанных вне сроков действия страхо-</li> </ul>



вания, кроме случаев и ограничений, прямо предусмотренных Договором страхования, Вариантом и/или Программой страхования.

- Получение Застрахованным лицом Медицинских и/или Иных услуг в Медицинских и/или Иных учреждениях, выбор которых не был согласован со Страховщиком, в том числе самостоятельно оплаченных и организованных Застрахованным или третьим лицом от имени Застрахованного лица.
  - Получение Застрахованным лицом Медицинских и/или Иных услуг, не назначенных лечащим Врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, а также возмещение расходов на приобретение лекарственных препаратов без медицинских показаний.
  - Получение Застрахованным лицом Медицинских и/или Иных услуг в связи с лечением последствий родовых травм и врожденных пороков развития, в том числе врожденных нарушений нормального развития головного мозга и черепной коробки, врожденных пороков развития спинного мозга и позвоночника, психических расстройств.
  - Любые расходы, связанные с проведением психохирургических операций.
  - Получение Застрахованным лицом стоматологических услуг и услуг по реабилитации. Получение Застрахованным лицом стоматологических услуг.
  - Получение Застрахованным лицом паллиативного лечения.
  - Получение Застрахованным лицом Медицинских и/или Иных услуг при проведении хирургических операций по трансплантации органов от живого донора или любого вида трансплантации костного мозга,
  - Любые расходы, понесенные в связи с приобретением или прокатом инвалидных кресел, специальных кроватей, приборов кондиционирования воздуха, очистителей воздуха и других подобных предметов или оборудования.
  - Оплата услуг переводчиков, телефонной связи и других расходов в отношении предметов личного пользования.
  - Любые расходы, связанные с регулярными переездами от места проживания Застрахованного и Сопровождающих его лиц до Медицинского учреждения либо лечащего врача в месте постоянного проживания.
-