

## **Программа добровольного международного медицинского страхования «AlfaSynopsis»**

### **Страховой случай.**

В соответствии с условиями договора страхования ОАО «АльфаСтрахование» организует и оплачивает медицинские и иные услуги Застрахованному в объеме, предусмотренном настоящей страховой программой добровольного международного медицинского страхования, при наступлении страхового случая.

Страховым случаем является возникновение возможных расходов Застрахованного лица, которые оно должно произвести для организации и оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования, в объеме, предусмотренном программой добровольного международного медицинского страхования, в связи с впервые диагностированным в период действия договора страхования онкологическим заболеванием у Застрахованного лица, требующего организации и оказания медицинской помощи. При этом услуги по постановке диагноза в объем страхового покрытия не входят.

### **Период ожидания.**

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

По программе AlfaSynopsis установлен период ожидания для всех видов лечения 120 (сто двадцать) календарных дней с даты начала действия Страхового полиса.

При перезаключении договоров на новый период ожидания не применяется.

### **Порядок получения медицинской помощи.**

По Программе страхования AlfaSynopsis медицинская помощь предоставляется в медицинских учреждениях Израиля, Испании, Южной Кореи, РФ.

При этом Застрахованный имеет право выбрать страну лечения.

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

Обслуживание Застрахованных осуществляется через ОАО «АльфаСтрахование».

Круглосуточная служба поддержки: 8-800-700-0998 (звонок по России бесплатный)

### **Действие сторон при наступлении события, имеющего признаки страхового.**

1. При наступлении события, имеющего признаки страхового, Застрахованный обязан неукоснительно соблюдать рекомендации врача с целью уменьшения последствий страхового случая;
2. Застрахованный/его законный представитель обязан незамедлительно, до обращения в медицинское учреждение за рубежом (до получения медицинской помощи) сообщить Страховщику о наступлении события, имеющего признаки страхового, любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по факсу, по электронной почте, письмом и т.д.), при установлении Застрахованному диагноза, подпадающего под покрытие настоящим Полисом.
3. Предоставить Страховщику всю известную информацию о событии и все необходимые документы для установления факта наступления страхового случая.
4. Для организации медицинских услуг по Программе Застрахованный/его законный представитель предоставляет Страховщику следующие документы:
  - 4.1. уведомление о страховом случае;
  - 4.2. копию страхового полиса;
  - 4.3. направление лечащего врача на плановое лечение;
  - 4.4. медицинский документ лечебно-профилактического учреждения (выписка из медицинской карты амбулаторного / стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни), заверенная печатью и подписью ответственного лица, с указанием диагноза, сроков лечения, результатов обследования и другой информации;
  - 4.5. результаты проведенных анализов;
  - 4.6. выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения договора страхования заболеваниях;
  - 4.7. медицинский документ об отсутствии обращений - за последние 5 (Пять) лет из онкологического диспансера по месту жительства;
5. При необходимости Страховщик имеет право запрашивать другие документы, а также сведения, связанные со страховым случаем, медицинских учреждений и других предприятий, учреждений и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также вправе самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая.
6. После получения Заявления о страховом случае и полного пакета документов, предусмотренного настоящей Программой, Страховщик в течение 3 (Трех) рабочих дней проводит анализ полученных документов и принимает решение о признании/не признании случая страховым.  
При необходимости предоставления дополнительной информации для принятия решения Страховщик в течение 3 (Трех) рабочих дней письменно информирует об этом Застрахованного/его законного представителя с указанием перечня необходимых для дополнительного предоставления документов.
- Срок рассмотрения предоставленных дополнительных документов составляет не более 5 (Пяти) рабочих дней со дня их предоставления.
7. При признании случая страховым Страховщик организует предусмотренные настоящей Программой медицинские и иные услуги в течение 14 (Четырнадцать) рабочих дней. При этом Страховщик не несет ответственности, если Застрахованному будет отказано в получении необходимых въездных документов и/или он будет задержан пограничными или иными службами при въезде в страну временного пребывания.
8. При признании случая не страховым Страховщик в течение 10 (Десяти) рабочих дней с момента принятия решения

письменно информирует Застрахованного об отказе в предоставлении медицинской помощи в рамках программы с указанием причин.

#### **Объем предоставляемых услуг.**

Все услуги предоставляются в соответствии с «Исключениями из программы добровольного международного медицинского страхования».

По настоящей программе Страховщик организует и оплачивает следующие услуги:

- Медицинская транспортировка Застрахованного к поставщику медицинских услуг (в медицинское учреждение и/или между медицинскими учреждениями), за исключением сан.авиации.
- Стационарные медицинские услуги и лечение включая:
  - Консультации лечащим врачом;
  - Лабораторные и инструментальные исследования;
  - Физиотерапия;
  - Хирургическое (включая услуги анестезиолога) и консервативное лечение, в том числе химио- и лучевая терапия;
  - Пребывание в блоке интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
  - Пребывание в стационаре с целью диагностического обследования в случае, если по прибытию на лечение в выбранное Страховщиком медицинское учреждение изначальный диагноз опровергается;
  - Лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения;
  - Протезирование и имплантация, включая стоимость имплантов на сумму не более эквивалента 15 000 (Пятнадцать тысяч) Долларов США в год;
  - Пребывание в одно- или двухместных палатах, но не более 30 календарных дней, питание и медицинское обслуживание медицинским персоналом, в том числе послеоперационный индивидуальный медицинский пост, но не более 8 дней;
- Сестринский уход на дому на сумму не более эквивалента 10 000 (Десять тысяч) долларов США.
- Сервисные услуги и услуги сопровождения, связанные с организацией медицинской помощи застрахованному в стране назначения, в том числе:
  - Сопровождение застрахованного в стране назначения в течение периода лечения;
  - Помощь в получении визы с целью прохождения лечения в страну назначения для Застрахованного;
  - Помощь в бронировании авиабилетов в страну назначения и обратно для Застрахованного;
  - Организация немедицинской перевозки в стране получения лечения для Застрахованного от аэропорта до клиники или иного места размещения Застрахованного на период лечения и обратно в аэропорт.
  - Услуги устного и письменного перевода для Застрахованного в медицинском учреждении на период лечения.
- Репатриация останков Застрахованного в страну постоянного проживания.
- Стоимость авиабилетов в страну получения лечения и обратно в страну постоянного проживания экономическим классом для Застрахованного.
- Стоимость размещения в гостинице не более 4 звезд для Застрахованного.

Страховая сумма: Годовой лимит – эквивалент 300 000 (триста тысяч) долларов США.

#### **Исключения из программы добровольного международного медицинского страхования.**

Не является страховым случаем:

Страховщик имеет право полностью или частично отказать в оплате медицинских и иных услуг необходимых Застрахованному, в случаях предусмотренных законодательством РФ, а так же в случаях:

1. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, которые не предусмотрены договором страхования и/или которые возникли вне периода действия договора страхования;
2. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, не назначенных лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, а также приобретение лекарственных средств или средств ухода за больным без медицинских показаний;
3. получения Застрахованным медицинских и иных услуг на территории, не указанной в Программе страхования;
4. получения Застрахованным медицинских и иных услуг в связи с:
  - раком кожи, за исключением меланомы;
  - дисплазией шейки матки CIN1, CIN2, CIN3, или опухолями, которые гистологически диагностированы как предраковые;
  - онкологическими заболеваниями на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ).