

Описание программы добровольного медицинского страхования «План Б»

1. Общие положения

1.1. Программа добровольного медицинского страхования «План Б» (далее – Программа страхования) предусматривает заключение договора добровольного медицинского страхования (далее - ДМС) в электронной форме с физическим лицом (Страхователем) на территории РФ на основании Выписки из Правил индивидуального добровольного медицинского страхования для заключения договоров в электронной форме, утвержденной приказом Генерального директора от 10.01.2019 г. №06 (далее- Правила ДМС) и Комплексной программы добровольного медицинского страхования «МЕГА» (Приложение №2 к Правилам ДМС).

1.2. **Цель программы страхования** - это организация и оплата медицинской и иной помощи Застрахованному, связанной с профилактикой, диагностикой и лечением онкологических заболеваний, входящих в покрытие, при следующих условиях:

- Медицинская помощь (и связанные с ней услуги) осуществляется в период покрытия;
- Соответствующее заболевание или состояние, либо симптомы заболевания или состояния не были диагностированы или не были отражены в медицинских документах в течение 10 лет до даты начала впервые заключенного Договора страхования по данной программе или в течение периода ожидания в отношении соответствующего Застрахованного по Договору страхования;
- Лечение является необходимым с медицинской точки зрения;
- Суммарные расходы в течение всего срока страхования (включая пролонгацию) не превышают страховую сумму;
- Лечение организовано Альянс Жизнь в соответствии с описанием Программы страхования.

2. Определения

Если иное не предусмотрено договором страхования, термины, применяемые в Программе страхования и договоре страхования, определяются согласно следующим формулировкам:

2.1. Страховщик – ООО СК «Альянс Жизнь».

2.2. Страхователем признаётся дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования.

2.3. Первоначальное заключение договора страхования (первоначальный договор страхования) – заключение договора страхования в отношении Застрахованного, который ранее не был застрахован по данной Программе страхования.

2.4. Годовщина действия договора страхования (полисная годовщина) – число и месяц даты начала действия договора страхования, за исключением случаев, когда дата начала действия договора страхования приходится на 29 февраля. В этом случае в невисокосные годы годовщиной действия договора страхования считается 28 февраля, в високосные годы – 29 февраля. Период времени с даты начала действия договора страхования или полисной годовщины до даты, предшествующей следующей полисной годовщине, признается страховым годом.

2.5. Пролонгация договора страхования – продление действия договора страхования в отношении того же Застрахованного на один календарный год путем подписания нового договора страхования и оплаты страхового взноса в срок не позднее 30 календарных дней до годовщины действия договора страхования. Продленный/пролонгированный договор страхования – договор страхования, срок действия которого был продлен путем заключения нового договора страхования.

2.6. **Период ожидания** – период времени, установленный договором страхования с начала срока страхования или любой другой даты. Событие, произошедшее до истечения периода ожидания, не является страховым случаем, если в отношении данного вида медицинской помощи предусмотрен период ожидания. При продлении/пролонгации договора на очередной год период ожидания в отношении продленного договора не применяется.

2.7. Период покрытия равен сроку страхования, если по данному виду медицинской помощи не установлен период ожидания. Период покрытия начинается с даты, следующей за окончанием периода ожидания, если по данному виду медицинской помощи был установлен период ожидания.

2.8. Онкологические заболевания включают в себя в целях данной программы страхования:

1) Рак (Инвазивный рак) – присутствие новообразования из злокачественных клеток (злокачественной опухоли), характеризующегося неконтролируемым ростом и распространением (пролиферацией) в организме злокачественных клеток, а также заражением (инвазией) здоровой ткани. *Рак должен быть диагностирован и подтвержден гистологическим исследованием и подтвержден врачом-специалистом.* Это определение включает также лейкемию, злокачественные лимфомы, в том числе лимфому кожи, болезнь Ходжкина, злокачественные новообразования костного мозга, саркому, злокачественные новообразования головного мозга.

Исключения из определения «Рак»:

- а) преинвазивный рак, рак in-situ, дисплазия, любые предзлокачественные состояния;
 - б) рак простаты с классификацией ниже T2N0M0 согласно международной классификации TNM (UICC 2010);
 - в) первичный рак кожи (включая базалиому или базальноклеточный рак кожи и исключая меланому); не распространившийся за пределы эпидермиса (поверхностного слоя кожи);
 - г) папиллярный рак щитовидной железы, локализованный в рамках одного органа;
- 2) Отдельные виды рака ранней стадии** – автономный рост канцероматозных клеток, который ограничен зоной первичного возникновения и пока не характеризуется проникновением и заражением (инвазией) здоровых участков ткани или других частей тела. *Неинвазивный рак должен быть диагностирован и подтвержден гистологическим исследованием и подтвержден врачом-специалистом.* Это определение включает только следующие виды неинвазивного рака при условии наличия **необходимости хирургического лечения**:
- а) Первичный преинвазивный рак (карцинома in situ);
 - б) Первичный рак предстательной железы, который не превышает уровень развития T2N(0)M(0) по классификации TNM,
 - в) Злокачественный рак кожи, который не проник за пределы эпидермиса- верхних слоев кожи (на стадии IA согласно классификации TNM или другой эквивалентной стадии согласно классификациям Кларка или Бреслоу)
- 3) Доброкачественная опухоль головного мозга** - угрожающее жизни опухолевое новообразование в головном мозге, подтвержденное нейрохирургом и/или онкологом. Это определение также включает внутрочерепные опухоли, вызвавшие повреждения головного мозга. Опухолями также признаются все новообразования головного мозга, требующие нейрохирургического иссечения или в случае неоперабельности – опухоли, вызывающие постоянный неврологический дефицит.

Из определения Онкологические заболевания в целях данной программы исключены все виды опухолей и рака, диагностированные во время наличия у Застрахованного положительного ВИЧ-статуса/СПИДа.

3. Застрахованные лица, возрастные ограничения, порядок принятия на страхование

3.1. Застрахованный - физическое лицо, в отношении которого Страхователем и Страховщиком заключен и действует договор страхования.

3.2. Первоначальное заключение договора страхования по Программе страхования предусмотрено для Застрахованных в возрасте от 18 (восемнадцати) до 59 лет (пятидесяти девяти) полных лет включительно на дату заключения договора страхования.

3.3. Пролонгация договора страхования осуществляется в отношении лиц в возрасте до 69 (шестьдесят девяти) лет включительно на дату заключения договора страхования по пролонгации.

3.4. Принятие на страхование, то есть первоначальное заключение договора страхования в отношении данного Застрахованного осуществляется на основании Декларации о состоянии здоровья (далее- Декларация), при подписании которой Застрахованный выражает согласие со всеми утверждениями, указанными в Декларации.

3.5. Заключение договора страхования на новый срок (пролонгация) в отношении данного Застрахованного осуществляется также на основании Декларации.

3.6. Если Застрахованный не может согласиться хотя бы с одним из утверждений, указанных в Декларации, то принятие на страхование по данной Программе страхования для него не осуществляется.

3.7. Если в дальнейшем выяснятся обстоятельства, которые опровергают утверждения, сделанные Застрахованным в Декларации, то Страховщик вправе требовать признания Договора страхования недействительным.

4. Страховой случай, виды медицинской помощи, страховые суммы

4.1. Страховым случаем является:

- обращение Застрахованного в течение срока действия договора страхования за медицинской помощью для профилактики онкологических заболеваний в объеме ранней диагностики,
- обращение Застрахованного в течение периода покрытия для диагностики и лечения онкологических заболеваний, если обращение согласовано или организовано Страховщиком, а также повлекло за собой возникновение обязательств Страховщика произвести оплату медицинских и иных услуг в объеме, предусмотренном в Программе страхования.

Период покрытия для диагностики и лечения онкологических заболеваний начинается по истечении периода ожидания. Период ожидания устанавливается в 180 дней и исчисляется с даты вступления первоначального договора страхования в силу.

Медицинская помощь организуется в лечебных учреждениях по выбору Страховщика на территории РФ, Страховщик при этом при наличии такой возможности Страховщик вправе предоставить Застрахованному на выбор более одного варианта лечебного учреждения.

4.2. В соответствии с настоящей программой ООО СК «Альянс Жизнь» организует и оплачивает следующую медицинскую помощь:

4.2.1. **Амбулаторно–поликлиническую помощь, включая:** проведение необходимых приемов и консультаций специалистов, диагностические исследования и прочее по показаниям (включая лучевую терапию, протонную терапию).

4.2.2. **Стационарную помощь, включая:** приемы и консультации специалистов, диагностические исследования, медикаментозное лечение, проведение химиотерапии в рамках дневного стационара (в случае отсутствия необходимости круглосуточного введения медикаментов с постоянным контролем), оперативное лечение, в том числе гамма-нож (включая необходимые/применяемые расходные материалы) и последующий послеоперационный период, госпитализацию в случае стационарного проведения химиотерапии, ухудшения состояния, связанного с предшествующим проведением химиотерапии (в том числе переливание крови), установку порта и прочее по показаниям (включая лучевую терапию).

4.2.3. **Скорую и неотложную медицинскую помощь, включая:** выезд бригады скорой медицинской помощи, проведение диагностических и лечебных мероприятий, транспортировку в стационар.

4.2.4. **Медико-транспортные услуги при** организации медицинской помощи на территории РФ, но вне места постоянного проживания Застрахованного на территории РФ, включая: транспортные расходы на проезд застрахованного и одного сопровождающего к месту стационарного лечения и обратно, а также расходы на проживание (в гостинице не более 3-х звезд, без питания) одного сопровождающего на период плановой стационарной помощи Застрахованному, а также расходы на помертвную транспортировку на территории РФ.

4.2.5. **Медикаментозное обеспечение,** а именно: лекарственные препараты и (или) изделия медицинского назначения, рекомендованными к применению лечащим врачом в рамках

амбулаторно-поликлинической помощи и входящие в перечень, указанный в настоящей программе страхования.

4.3. Страховая сумма устанавливается в размере 15 000 000 рублей. При наступлении страхового случая, в соответствии с условиями Договора размер указанной страховой суммы уменьшается на размер, произведенной Страховщиком выплаты.

4.4. При пролонгации договора страхования, по которому был заявлен случай - обращение Застрахованного в течение периода покрытия для диагностики и лечения онкологических заболеваний, страховая сумма на период пролонгации договора страхования, рассчитывается как разница между 15 000 000 рублей и понесенными Страховщиком расходами на организацию и оплату медицинской помощи по указанному случаю.

4.5. При наличии на момент заключения данного договора страхования ранее заключённого договора страхования с ООО СК «Альянс Жизнь» по данной программе страхования, оформление второго и каждого последующего договора осуществляется путем согласования с ООО СК «Альянс Жизнь» увеличения страховой суммы по действующему договору страхования путем заключения дополнительного соглашения к действующему договору и уплатой дополнительной страховой премии, а также с обязательным предоставлением медицинской анкеты (Приложение №1 к данному Описанию).

5. Расходы на оказание медицинской помощи в рамках и за рамками программы страхования.

5.1. Расходы на оказание медицинской помощи входят в программу страхования, если удовлетворяют следующим базовым условиям:

- Медицинская помощь осуществляется в период действия договора страхования,
- Обращение Застрахованного за медицинской помощью является страховым случаем в соответствии с п.4.1 настоящей Программы страхования.
- Соответствующее заболевание или состояние не было диагностировано и не проявлялось в виде симптомов до даты начала впервые заключенного Договора страхования по данной программе или в период ожидания в отношении соответствующего Застрахованного,
- Лечение является необходимым с медицинской точки зрения,
- Лечение организовано Альянс Жизнь в соответствии с Порядком организации медицинской помощи в соответствии с п.6 настоящей Программы страхования.
- Расходы на медицинскую диагностику, лечение, услуги, изделия медицинского назначения или рецептурные лекарственные препараты входят в покрытие в соответствии с программой страхования и совокупно не превышают страховую сумму по договору.

5.2. Расходы для профилактики онкологических заболеваний.

5.2.1. Профилактика онкологических заболеваний осуществляется в целях их раннего диагностирования. В профилактику онкологических заболеваний в настоящей Программе страхования входят следующие медицинские услуги:

Для женщин:

- клинический анализ крови + СОЭ (скорость оседания эритроцитов)
- маммография/ УЗИ молочных желез

Для мужчин:

- клинический анализ крови + СОЭ (скорость оседания эритроцитов)
- рентген органов грудной клетки

5.2.2. Профилактика онкологических заболеваний осуществляется однократно в течение года страхования.

5.3. Расходы на диагностику

5.3.1. Расходы на диагностику онкологических заболеваний включают в себя все необходимые и достаточные с медицинской точки зрения расходы на исследования, консультации, лечебно-диагностические манипуляции, необходимые для установления диагноза и составления плана лечения.

5.3.2. Диагностика онкологических заболеваний включает в себя организацию Страховщиком Экспертного мнения для верификации диагноза и плана лечения.

5.4. Расходы на лечение, восстановление и реабилитацию

5.4.1. Расходы на лечение онкологических заболеваний включают в себя все необходимые и достаточные с медицинской точки зрения медицинские манипуляции, процедуры, исследования, консультации.

5.4.2. Виды лечения онкологических заболеваний, входящие в Программу страхования:

- Оперативное лечение, включая гамма-нож
- Химиотерапия, включая таргетными препаратами
- Гормонотерапия, иммунотерапия
- Лучевая терапия, включая протонную терапию.

Виды лечения могут применяться в различных комбинациях и последовательности в зависимости от стадии заболевания, сопутствующих патологии и переносимости лечения.

5.4.3. В Программу страхования включены расходы на проведение реконструктивных операций. При этом включена стоимость имплантов в совокупном размере, не превышающем 200 000 рублей (за весь период страхования).

5.4.4. Расходы на восстановление и реабилитацию согласно клиническим рекомендациям включают в себя: расходы на проведение физиотерапии, иглорефлексотерапии, ЛФК, классический массаж, мануальную терапию, лимфодренаж (включая аппаратные методы), нейрореабилитацию в совокупном размере, не превышающем 300 000 рублей (за весь период страхования). Восстановительные и реабилитационные процедуры организуется по медицинским показаниям в условиях поликлиники или стационара.

5.5. Расходы на медикаментозное обеспечение включают в себя предоставление застрахованным лекарственных препаратов, необходимых для проведения амбулаторно-поликлинического лечения при наступлении страхового случая следующих клинико-фармацевтических групп (конечный перечень):

- Сердечно-сосудистые средства
- Диуретики и препараты с диуретическим эффектом
- Средства, применяемые в неврологии, психиатрии
- Анальгетики
- Противовоспалительные средства
- Антибиотики
- Противомикробные средства
- Противовирусные средства
- Противопротозойные средства
- Противопаразитарные средства
- Противогрибковые средства
- Средства, применяемые в гастроэнтерологии и гепатологии
- Противоаллергические средства
- Средства, применяемые в пульмонологии
- Препараты половых гормонов и препараты - антагонисты половых гормонов
- Анаболические стероиды. Гормоны гипофиза и их аналоги
- Кортикотропины, гонадотропины и препараты, влияющие на продукцию гормонов
- Средства, влияющие на различные виды обмена
- Средства для лечения заболеваний щитовидной железы
- Средства, влияющие на гемопоэз, гемостаз, гомеостаз
- Витамины и их аналоги, поливитамины, микроэлементы для системного применения
- Средства, влияющие на иммунитет
- Препараты иммуноглобулинов
- Средства, применяемые в онкологии
- Средства, применяемые в гинекологии
- Средства, применяемые в оториноларингологии
- Средства, применяемые в стоматологии
- Средства, применяемые в офтальмологии
- Средства, применяемые в проктологии
- Средства, применяемые в урологии
- Средства для наружного применения

- Средства, применяемые в дерматологии
- Средства с дезинфицирующим и антисептическим действием
- Питательные смеси для парентерального питания (исключая корректирующие (биологические активные) добавки к питанию)
- Медицинские изделия и предметы по уходу за больными (в том числе (но не ограничиваясь): костыли, одноразовые пеленки, подгузники для взрослых, мешки для стомы, перевязочный материал, микроинфузионные помпы и прочее) в совокупном размере, не превышающем 200 000 рублей за весь период страхования.

5.6. Расходы, исключенные из покрытия по Программе страхования.

5.6.1. Любые услуги, связанные с трансплантацией органов и тканей, в том числе поиск донора.

5.6.2. Медикаментозное лечение, которое будет использоваться для лечения заболеваний, не связанных с лечением по основному заболеванию по данной программе страхования и его осложнениями.

5.6.3. Расходы на медицинские и иные услуги, которые не предусмотрены договором страхования и/или которые возникли вне периода действия договора страхования;

5.6.4. Расходы на медицинские и иные услуги, не назначенные лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения онкологических заболеваний.

5.6.5. Расходы на диагностику (исследования, консультации, лечебно-диагностические манипуляции), кроме указанных в п.5.2.1 настоящей Программы страхования, в случае, если в результате не подтвержден диагноз онкологического заболевания.

5.6.6. Любые экспериментальные методики лечения.

5.6.7. Расходы на лекарственные препараты, не зарегистрированные в РФ.

5.6.8. Расходы на сопровождающего при отсутствии медицинских показаний для сопровождения застрахованного.

6. Порядок организации медицинской помощи

6.1. Порядок организации медицинской помощи для осуществления **профилактики онкологических заболеваний.**

6.1.1. Для проведения профилактического осмотра/исследований Застрахованный должен обратиться на круглосуточный медицинский пульт Альянс Жизнь.

6.1.2. Страховщик обязуется организовать проведение профилактического осмотра/исследований в течение 3-х рабочих дней с момента обращения Застрахованного в лечебном учреждении, ближайшем к месту постоянного проживания Застрахованного и с которым осуществляется сотрудничество в рамках данной Программы страхования.

6.1.3. Профилактика онкологических заболеваний осуществляется однократно в течение срока действия договора страхования. Профилактика онкологических заболеваний не осуществляется в случае, если начато лечение онкологических заболеваний.

6.1.4. Результаты прохождения профилактического осмотра /исследований Застрахованный направляет Страховщику любым удобным способом в течение 5 рабочих дней после прохождения.

6.2. Диагностика онкологических заболеваний

6.2.1. Диагностика онкологических заболеваний осуществляется при обращении застрахованного на медицинский пульт Альянс Жизнь, если Застрахованный получил направление от врача-терапевта или другого специалиста (гинеколога, уролога, маммолога и других) при возникновении симптомов, диагностировании состояний, которые требуют уточнения для постановки или опровержения диагноза, попадающего в определение «онкологического заболевания» в соответствии с описанием данной Программы страхования.

6.2.2. Для оперативного получения медицинских услуг Застрахованный обязан в течение 3-х рабочих дней в кратчайшие сроки обратиться на медицинский пульт Альянс Жизнь с уведомлением о потенциальном убытке и запросить диагностику и/или получение мнения другого врача, т.е. услугу Экспертное мнение.

6.2.3. Персонал Альянс Жизнь информирует Застрахованного о действиях, которые он должен предпринять для завершения процесса диагностики и/или получения Экспертного мнения, в т.ч. подписание согласия Застрахованного, позволяющего Альянс Жизнь запрашивать любые необходимые диагностические обследования и медицинскую информацию.

6.2.4. Целью диагностики является установление первичного диагноза. Диагностические исследования, консультации специалистов организуются в лечебном учреждении, выбранном Страховщиком.

6.2.5. Застрахованный оплачивает все необходимые для установления первичного диагноза исследования, консультации, манипуляции. В случае, если по результатам Экспертного мнения будет подтвержден диагноз онкологического заболевания, попадающий в описание Программы страхования, Застрахованный подает заявление на возмещение расходов на диагностику с приложением документов, подтверждающих расходы. Возмещение расходов осуществляется в соответствии с п.7 настоящей Программы страхования.

6.2.6. Целью услуги Экспертного мнения является подтверждение диагноза и покрытия расходов на лечение онкологических заболеваний в рамках Программы страхования. Экспертное мнение организуется после получения результатов гистологического исследования материала и во всех случаях опухолей головного мозга.

6.2.7. Выбор эксперта специализированного лечебного учреждения производится Альянс Жизнь на основании поставленного первичного диагноза. В услугу Экспертное мнение входят повторные консультации требуемых специалистов, а также все назначенные экспертом специализированного лечебного учреждения исследования. Экспертное мнение может быть организовано с помощью заочной консультации у эксперта специализированного лечебного учреждения.

6.2.8. Результатом услуги Экспертное мнение является подтверждение или опровержение первично поставленного диагноза. В случаях, когда Экспертное мнение подтверждает первоначально поставленный диагноз, Страховщик предоставляет варианты организации лечения Застрахованного не позднее 5 рабочих дней после получения результата Экспертного мнения. В случаях, когда результаты первичной консультации специалиста и Экспертного мнения противоречат друг другу или сильно отличаются по характеру медицинской составляющей, клиенту предлагается услуга Третье мнение для уточнения диагноза.

6.2.9. Целью услуги Третье мнение является уточнения диагноза в случаях наличия противоречивых результатов первичной консультации и Экспертного мнения.

6.2.10. Услуга Третье мнение полностью покрывается страховой программой. Выбор эксперта специализированного лечебного учреждения производится компанией Альянс Жизнь на основании поставленного первичного диагноза. В услугу Третье мнение входят повторные консультации требуемых специалистов, а также все назначенные экспертом специализированного лечебного учреждения исследования. При необходимости и наличии желания Застрахованного, Альянс Жизнь предоставляет возможность получения услуги Третье мнение с помощью онлайн консультации с зарубежным специалистом (или заочной консультации по медицинским документам).

6.2.11. Результатом услуги Третье мнение является окончательно сформулированный диагноз клиента. После определения окончательного диагноза клиента Альянс Жизнь обязуется предоставить варианты организации лечения клиента не позднее 5 рабочих дней дня после получения итогового диагноза клиента и экспертного заключения.

6.2.12. В случае предоставления услуги Экспертное мнение, Третье мнение все расходы, связанные с проживанием, питанием и трансфером Застрахованный берёт на себя.

6.3. Лечение.

6.3.1. В случае, если диагноз после проведения необходимых исследований, консультаций попадает под определение «онкологическое заболевание», то Страховщик организует лечение в соответствии с Программой страхования.

6.3.2. Если диагноз после проведения необходимых исследований, консультаций не попадает под определение «онкологическое заболевание», то организация и оплата медицинской помощи по данному диагнозу осуществляется Застрахованным самостоятельно и не попадает под действие Программы страхования.

6.3.3. Если окончательная постановка диагноза возможна только после проведения хирургического вмешательства, то хирургическое вмешательство осуществляется в рамках Программы страхования и оплачивается Страховщиком.

6.3.4. При диагностике входящего в покрытие заболевания Застрахованный, а также любое лицо, законно выступающее от его имени, должны соблюдать порядок организации медицинской помощи.

6.3.5. Соблюдение порядка организации медицинской помощи является условием получения любого лечения, обслуживания, изделий медицинского назначения или рецептурных лекарственных препаратов в отношении заболевания или медицинской процедуры, входящих в программу страхования.

6.3.6. План лечения:

6.3.6.1. После завершения процесса формирования окончательного диагноза Застрахованного, Страховщик предоставит клиенту заключение в письменной форме. Заключение будет содержать:

- подтверждение диагноза и план лечения, подписанные врачом экспертного лечебного учреждения,
- варианты стационаров (если применимо), специализирующихся на лечении данной патологии, и определённых специалистов, сформированный Альянс Жизнь на основании поставленного диагноза Застрахованного.

6.3.6.2. Застрахованный обязан в течение 3 рабочих дней от даты получения письменного заключения выбрать один из предложенных вариантов организации лечения (в случаях наличия нескольких вариантов) и подтвердить свой выбор, согласие с предложенным планом лечения письменно. В случаях несогласия Застрахованный обязан в письменной форме предоставить свой отказ для дальнейшего разбора ситуации. По результатам разбора Застрахованному предоставляется ответ о наличии альтернативных вариантов лечения. В случаях, когда Застрахованный отказывается от всех предложенных компанией Альянс Жизнь планов лечения, страховая компания не берет на себя обязательств по организации и оплате дальнейшего лечения.

6.3.7. В соответствии с выбранным вариантом организации лечения Страховщик организует и оплачивает медицинскую помощь в объеме программы страхования в течение срока действия договора страхования и в пределах страховой суммы по договору страхования.

6.3.8. При возникновении осложнений, при необходимости корректировки текущего плана лечения в связи с состоянием здоровья Застрахованного и назначением лечащего врача-онколога Страховщик организует и оплачивает медицинскую помощь по назначению лечащего врача-онколога в объеме программы страхования в течение срока действия договора страхования и в пределах страховой суммы по договору страхования. При необходимости может быть организовано получение Экспертного мнения.

6.3.9. Динамическое наблюдение (включая необходимые осмотры, исследования), назначенное лечащим врачом по завершении плана лечения, организуется при обращении Застрахованного в объеме программы страхования в течение срока действия договора страхования и в пределах страховой суммы по договору страхования.

7. Порядок и условия страховой выплаты путем возмещения расходов

7.1. Для получения предусмотренной договором (программой) страхования медицинской или иной помощи Застрахованный вправе с предварительного согласия (устного или письменного) Страховщика обратиться в согласованную медицинскую организацию (фармацевтическую или иную организацию) и самостоятельно оплатить стоимость предусмотренных программой страхования медицинских и иных услуг, лекарственных препаратов.

7.2. В этом случае страховая выплата осуществляется Страховщиком в виде возмещения Застрахованному его личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи. Для получения возмещения Застрахованному необходимо предъявить Страховщику заявление установленного образца с приложением¹:

¹ Перечень предоставляемых документов при получении медицинских и иных услуг оформляется в соответствии с законодательством территории, на которой данные услуги оказываются.

- оригинала кассового чека с квитанцией к приходному кассовому ордеру или копии бланка строгой отчетности, приравненного к кассовому чеку,
- оплаченного счета с указанием медицинской или иной организации, перечня оказанных услуг и их стоимости,
- направления на лечение, выписки из медицинской карты амбулаторного или стационарного больного,
- копии документа, удостоверяющего личность Застрахованного,
- копии страхового полиса или договора страхования.

Страховщик вправе сократить вышеизложенный перечень документов.

7.3. Сумма возмещения рассчитывается в размере фактически понесенных расходов, но не более суммы лимита, установленного для отдельных видов расходов.

8. Заключительные положения

8.1. Во всем, что не урегулировано настоящей программой страхования действуют Правила ДМС.

8.2. По всем вопросам, связанным с организацией медицинской помощи в рамках программы страхования, Застрахованный может обращаться круглосуточно на медицинский пулть Альянс Жизнь по телефону: 8-800-100-58-00.