

**Приложение №1  
к распоряжению от «4» сентября 2015г.  
№ 31**

**Описание страховой программы «Лечение онкологических заболеваний»**

**1. Общие положения**

1.1. Медицинское страхование по программе «Лечение онкологических заболеваний» (далее – Программа) осуществляется на основании комплексной программы добровольного медицинского страхования «Мега» (приложение 3 к действующим Правилам добровольного медицинского страхования).

1.2. Программа реализуется только как дополнение к основному покрытию (комплексная программа добровольного медицинского страхования «Стандарт») в рамках договора страхования с юридическим лицом по Комплексному ДМС.

1.3. Данная Программа может быть включена в договор страхования с юридическим лицом, отвечающий следующим параметрам (если иное не определено по результатам проведения индивидуального андеррайтинга):

- Более 1000 сотрудников со средним возрастом менее 36 лет
- Преимущественно офисная работа
- Наличие базового покрытия ДМС
- Действие Программы распространяется на весь численный состав сотрудников и родственников сотрудников (если родственники включаются в договор страхования) при условии соответствия их критериям, указанным в п.2.
- Плательщиком страховой премии по договору на 100% является работодатель – страхователь (без дальнейшей полной или частичной компенсации сотрудником/родственником сотрудника стоимости ДМС).
- Основное покрытие по договору ДМС уже включает в себя риски амбулаторно-поликлинического обслуживания и стационарной помощи.

1.4. Заключение и оформление договора, включающего данную Программу, оформление индивидуальных страховых полисов осуществляется в порядке и сроки, установленные по Комплексному ДМС. В типовую форму договора с юридическим лицом по Комплексному ДМС включается приложение с описанием условий страхования по Программе по форме Приложения 3 к Распоряжению.

**2. Застрахованные лица. Порядок принятия на страхование.**

2.1. Застрахованными по данному покрытию могут быть лица в возрасте от 18 до 60 лет (сотрудники и родственники) включительно на момент заключения договора страхования.

2.2. Лица в возрасте от 61 до 70 лет включительно – сотрудники Страхователя - принимаются на страхование после прохождения медицинского анкетирования и подтверждения Страхователем их активной занятости (полный рабочий день, в штате компании).

2.3. Не принимаются на страхование лица:

- 1) других возрастных категорий, кроме указанных в п.2.1 и 2.2 (если иное не согласовано по результатам андеррайтинга);
- 2) с предшествующими онкологическими заболеваниями / состояниями - всеми заболеваниями / состояниями, которые существовали до заключения договора страхования. Под предшествующими состояниями понимаются

любые состояния, которые были диагностированы до заключения договора страхования или о которых было известно застрахованному (Страхователю) до заключения договора страхования: застрахованный принимал медикаменты;

- 3) по результатам анкетирования и/или медицинского обследования которых Страховщиком было принято решение об отказе в принятии на страхование;
- 4) указанные в п.2.4. Правил ДМС.

2.4. Размер страховой премии (страхового тарифа) определяется по результатам проведения индивидуального андеррайтинга на основании представленного списка застрахованных с обязательным указанием пола, даты рождения.

2.5. Для лиц в возрасте от 61 года размер страховой премии определяется после прохождения медицинского андеррайтинга.

2.5.1. Медицинский андеррайтинг осуществляется на основании данных медицинской анкеты (Приложение №2 к настоящему Распоряжению);

2.5.2. Заполненная претендентом на страхование медицинская анкета передается сотрудником продающего подразделения андеррайтеру. При необходимости андеррайтер вправе запросить у застрахованного дополнительные медицинские документы (выписку из истории болезни и пр.). Медицинский андеррайтинг проводится в порядке установленном по Комплексному ДМС.

2.5.3. По результатам медицинского андеррайтинга определяется возможность (или невозможность) принятия претендента на страхование по Программе, размер страховой премии по Программе для данного претендента на страхование.

2.6. Условия, срок действия договора и порядок оплаты страховой премии устанавливаются участниками договора по согласованию сторон в соответствии с порядком установленным по Комплексному ДМС.

### **3. Страховые риски, страховой случай, страховые суммы**

3.1. Программа предусматривает следующие риски (виды медицинской помощи): амбулаторно-поликлиническая помощь и стационарная медицинская помощь.

3.2. В **амбулаторно–поликлиническую помощь** входит: проведение необходимых консультаций специалистов, диагностические исследования и прочее по показаниям.

3.3. **Стационарное лечение:** проведение химиотерапии в рамках дневного стационара (в случае отсутствия необходимости круглосуточного введения медикаментов с постоянным контролем), оперативное лечение и последующий послеоперационный период, госпитализация в случае стационарного проведения химиотерапии, ухудшения состояния, связанного с предшествующим проведением химиотерапии (в том числе переливание крови), установка порта и прочее по показаниям.

Виды лечения онкологических заболеваний:

- Оперативное лечение в различном объеме
- Химиотерапия
- Гормонотерапия
- Иммунотерапия
- Лучевая терапия

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

3.4. Страховым случаем является обращение Застрахованного в течение срока действия договора страхования за получением медицинской помощи для лечения злокачественных онкологических заболеваний, впервые возникших в течение срока действия договора страхования.

3.5. Страховщик производит оплату медицинских и иных услуг при наступлении страхового случая по Программе в пределах общих страховых сумм по рискам «амбулаторно-поликлинической помощи» и «стационарной медицинской помощи», установленных для каждого застрахованного в договоре страхования.

3.6. Если событие наступило в течение последних 3-х месяцев действия договора страхования и договор не пролонгируется на следующий год страхования, то Страховщик оплачивает медицинские услуги по страховому случаю в пределах 30% от страховой суммы по рискам «амбулаторно-поликлинической помощи» и «стационарной медицинской помощи» в период не более 6 месяцев после даты окончания договора.

#### **4. Исключения из покрытия по Программе**

Не являются страховыми случаями и не покрываются Страховщиком в рамках настоящей программы страхования:

4.1. События согласно п.4.2 Правил ДМС,

4.2. Обращение Застрахованного за получением медицинских и иных услуг в связи с :

- 1) предшествующими онкологическими заболеваниями / состояниями - всеми заболеваниями / состояниями, которые существовали до заключения договора страхования. Под предшествующими состояниями понимаются любые состояния, которые были диагностированы до заключения договора страхования или о которых было известно застрахованному (страхователю) до заключения договора страхования: застрахованный принимал медикаменты, проходил курс лечения, получал консультацию и/или испытывал симптомы.
- 2) Рецидивом, метастазами или любыми другими осложнениями, связанными с предшествующими онкологическими заболеваниями.
- 3) Рецидивом онкологического заболевания, которое было диагностировано ранее и/или по поводу которого застрахованный уже получал лечение
- 4) ВИЧ-инфекция, болезнь Ходжкина

4.3. Следующие медицинские и иные услуги:

- 1) Превентивные медицинские осмотры или превентивное оперативное вмешательство
- 2) Экспериментальные лекарства или лечение, а также препараты, не зарегистрированные для использования на территории Российской Федерации.
- 3) Реконструктивные операции (восстановление значительно или полностью утраченного органа, закрытие дефектов тела, связанных с недоразвитием или полным отсутствием части тела (органа), устранение грубых шрамов и рубцов), пластические операции.
- 4) Протезирование
- 5) Пребывание и/или лечение в хосписе, помощь на дому, включая уход.

#### **5. Организация медицинской помощи**

5.1. Базовое лечебное учреждение – «Европейский Медицинский Центр» (ЗАО «Юропиан Медикал Сентер»). По согласованию со Страховщиком лечение может осуществляться в других медицинских организациях соответствующего профиля.

5.2. Организация медицинской помощи осуществляется только по предварительному согласованию с медицинским пультом Альянс Жизнь.

5.3. При отсутствии возможности организации медицинской помощи в базовом ЛПУ Страховщик организует оказание медицинской помощи застрахованным исходя из медицинских показаний в иных лечебно-профилактических учреждениях, включая государственные (муниципальные) учреждения здравоохранения.

#### **6. Срок действия Программы**

6.1. Срок действия Программы равен сроку действия договора страхования с учетом установленного периода ожидания.

6.2. . При определении страхового случая по данному покрытию учитывается период ожидания. Период ожидания составляет 30 календарных дней для застрахованных по новым договорам страхования и 0 календарных дней для застрахованных по пролонгируемым договорам.

6.3. Под новым договором страхования понимается договор добровольного медицинского страхования (ДМС), заключенный со Страхователем, не имевшим договора ДМС с ООО СК «Альянс Жизнь» в течение последних 12 месяцев (до даты заключения нового договора).

6.4. При досрочном расторжении договора страхования в отношении одного или нескольких застрахованных возврат страховой премии по данной программе страхования не производится, если иное не установлено в договоре страхования по согласованию с андеррайтером.

**Заместитель Генерального директора**

**А.А. Кривошеев**