

Программа страхования «Медицина без границ» Классическая программа.

1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. ОБЩИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1.1. Консультант-кардиолог: врач-специалист в области диагностики и лечения заболеваний (состояний) сердца и кровеносных сосудов, осуществляющий свою деятельность в соответствии с требованиями национальной системы здравоохранения Российской Федерации.

1.1.2. Объём страхового возмещения: подлежащий оплате объем обслуживания и возмещения расходов на лекарственные препараты, на который Застрахованный имеет право в соответствии с Договором страхования.

1.1.3. Further: Further Underwriting International SLU ("Further") – компания, организующая медицинские и иные услуги по Договору страхования, а также услуги «Второе медицинское мнение» и «Медицинский консьерж-сервис».

1.1.4. Второе медицинское мнение: услуга, заключающаяся в предоставлении второго медицинского заключения в отношении предусмотренных настоящей Программой заболеваний (состояний). Данная услуга предусматривает подготовку письменного заключения, основанного на сборе и детальном изучении истории болезни (медицинских документов) пациента (Застрахованного лица) врачом-экспертом на основании предоставленных Застрахованным лицом (его представителем) медицинских документов.

1.1.5. Медицинский консьерж-сервис: услуга Further по организации мероприятий, связанных с лечением Застрахованного лица по подтвержденному страховому случаю. Услуга предусматривает контроль за ходом лечения и помощь в организации поездок и проживания для Застрахованного лица и его сопровождающего.

1.1.6. Модуль покрытия: комбинация покрываемых страховых рисков – предполагаемых событий, на случай наступления которых проводится страхование согласно настоящей Программе.

1.1.7. Страховой случай: обращение Застрахованного к Страховщику по поводу Заболевания, подтвержденного согласно процессу, описанному в пункте 6 Программы, в качестве покрываемого Заболевания или требующего покрываемого медицинского вмешательства, позволяющее Застрахованному получать выплаты по Договору.

1.1.8. Дата вступления в силу Договора: дата начала действия Договора страхования, указанная в Договоре (Полисе).

1.1.9. Врач: специалист с высшим медицинским образованием, имеющий официальное разрешение на осуществление медицинской деятельности.

1.1.10. Исключение: определенная настоящей Программой и Договором страхования ситуация и (или) заболевание (состояние), не входящие в покрытие по Договору страхования, в отношении которого Страховая компания не несет обязательств по выплате при наступлении страхового случая или которая не является страховым случаем. Исключения перечислены в пункте 5 настоящей Программы.

1.1.11. Период исключения: 180 дней с даты начала действия Договора страхования или с момента начала действия Договора страхования для нового застрахованного в составе коллективного договора. На протяжении периода исключения любое заболевание (состояние), которое было диагностировано либо первые симптомы, свидетельства (признаки) которого были зафиксированы в медицинских документах, и обращения за медицинской помощью и назначение лечения (в том числе предусмотренного настоящей Программой) по поводу этих заболеваний (состояний) не будут являться основанием для получения страхового возмещения (страховой выплаты) на протяжении всего срока действия страхового покрытия (не будут являться страховым случаем).

1.1.12. Дата истечения срока страхования: дата, указанная в Договоре страхования (Полисе), когда покрытие (страхование) в отношении Застрахованного по настоящей Программе истекает и прекращает действовать.

1.1.13. Декларация о состоянии здоровья Застрахованного лица: форма, подписанная Страхователем вместе с Полисом, являющаяся основанием для анализа рисков, проводимого Страховой компанией.

1.1.14. Застрахованное лицо (Застрахованный): лицо, указанное в Договоре (Полисе) страхования, для которого был оформлен полис, пользующееся правами в соответствии с Договором страхования, но также принимающее на себя обязательства по Договору.

1.1.15. Период действия страхового покрытия: период, при наличии действующего (продолженного) Полиса (Договора), длительностью 36 (Тридцать шесть) месяцев, который начинается с даты первой поездки за рубеж, которая организована и оплачена в соответствии с условиями Полиса в связи с событием, признанным страховым случаем.

Отдельный Период действия страхового покрытия устанавливается для каждого Модуля покрытия (применяемый Период действия страхового покрытия) с момента подтверждения первого страхового события по данному Модулю покрытия, результатом которого является организация и оплата поездки за рубеж в соответствии с условиями договора.

Применяемый период действия страхового покрытия – это период времени в период действия Договора страхования (Полиса), включая пролонгации, в течение которого выплачивается страховое возмещение по всем страховым случаям, подтвержденным по одному и тому же Модулю покрытия.

1.1.16. Страховая компания, Страховщик: юридическое лицо, принимающее на себя риск в соответствии с условиями Договора страхования.

1.1.17. Индивидуальный полис: документ, удостоверяющий заключение Договора страхования и содержащий сведения о Застрахованных, Страхователях, а также страховую сумму, страховую премию, дату начала и окончания действия Договора (Полиса), иные условия Договора страхования и приложения к нему.

1.1.18. Договор страхования: Договор между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым Страховщик обязуется за обусловленную Договором плату (страховую премию) осуществить страховую выплату в соответствии с условиями Договора при наступлении установленного Договором и Программой страхового случая, заключающийся в письменном виде и содержащий условия Договора, в т.ч. настоящую Программу, Декларацию о состоянии здоровья Застрахованного лица и индивидуальный Договор (Полис), а также любые приложения или дополнительные соглашения, которые могут быть включены при необходимости с целью изменения условий Договора.

1.1.19. Страхователь: лицо, которое обращается за заключением Договора страхования и принимает условия и обязательства согласно Договору страхования за исключением обязательств, которые по своей сути непосредственно относятся к Застрахованному лицу.

1.1.20. Премия: стоимость страхования, сумма, подлежащая оплате Страховщику. Порядок оплаты премии указан в Договоре страхования. В премию включены налоги и дополнительные сборы, если они применяются в соответствии с действующим законодательством.

1.1.21. Страховая сумма: максимальная подлежащая выплате сумма, определенная в Договоре страхования, в случае возникновения заболеваний или проведения медицинских вмешательств, входящих в покрытие в указанных в пункте 3 настоящей Программы случаях.

1.1.22. Террористический акт, акт терроризма: действие или угроза насилия или акт, наносящий вред человеческой жизни, материальному или нематериальному имуществу или инфраструктуре, с намерением или в результате которого производится воздействие на любое правительство или коммерческую организацию или которое ставит целью запугать общественность или какую-либо ее часть.

1.2. МЕДИЦИНСКИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.2.1. Методы генной терапии: изменения генного аппарата, приводящее к терапевтическому, профилактическому или диагностическому эффекту, работающие путем введения "рекомбинантных" генов в организм, как правило, для лечения различных заболеваний, включая генетические нарушения, злокачественные новообразования или хронические заболевания. Рекомбинантный ген – это участок ДНК или РНК, который создается в лаборатории, объединяя ДНК или РНК из разных источников.

1.2.2. Методы терапии соматическими клетками: использование клеток или тканей, на которые было произведено воздействие с целью изменить их биологические характеристики, а также клеток или тканей, которым приданы нехарактерные для них функции. Они могут быть использованы для лечения, диагностики или профилактики заболеваний.

1.2.3. Тканеинженерные конструкции: биомедицинские клеточные продукты, содержащие клетки или ткани, которые были модифицированы, чтобы их можно было использовать для восстановления, регенерации или замены человеческих тканей.

1.2.4. Альтернативная (народная) медицина: системы, практика и продукты медицины и здравоохранения, которые в настоящий момент не считаются частью классической медицины или стандартного лечения, включая среди прочего: ароматерапию, хиропрактику, гомеопатию, натуропатию, аюрведу, методы традиционной китайской медицины.

1.2.5. CAR Т-клеточная терапия (Химерный антигенный рецептор Т-клеточная терапия): тип лечения, при котором Т-клетки пациента (тип клеток иммунной системы) изменяются в лаборатории с целью атаки злокачественных клеток: Т-клетки берутся из крови пациента, затем в лаборатории добавляют ген специального рецептора, который связывается с определенным белком на злокачественных клетках (специальный рецептор называется химерным антигенным рецептором (CAR)), большое количество Т-клеток CAR выращивают в лаборатории и вводят пациенту путем инфузии.

1.2.6. Когнитивные расстройства: в соответствии с положениями последней версии Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-V) – это расстройства, которые ухудшают когнитивную функцию человека до такой степени, что его нормальное взаимодействие с обществом без лечения невозможно.

1.2.7. Экспериментальное лечение: лечение, процедура, курс лечения, оборудование, лекарственный препарат или фармацевтический продукт, предназначенные для медикаментозного или хирургического лечения:

- чья безопасность, эффективность или целесообразность для лечения заболеваний или травм не подтверждена различными научными организациями, признанными международным медицинским сообществом,
- или в отношении которых проводятся исследования, испытания или клинические исследования на любой стадии.

1.2.8. Контроль состояния здоровья – это диагностические обследования, наблюдение (врачом со специальным опытом, относящимся к покрываемому Договором страхования заболеванию Застрахованного) применяемые после лечения за рубежом с целью предотвращения рецидива данного покрываемого заболевания у Застрахованного, определения состояния Застрахованного в связи с покрываемым заболеванием и предотвращения осложнений заболевания или ухудшений состояния. План Контроля состояния здоровья должен быть разработан лечащим врачом за рубежом с указанием временных интервалов и вида диагностических процедур.

1.2.9. Стационар: частная или государственная организация, законно уполномоченная предоставлять лечение по поводу заболеваний или травм, располагающее материальными, техническими средствами и компетентным персоналом для проведения диагностики и хирургических вмешательств с круглосуточным (24 часа в сутки) присутствием врачей и медицинского персонала.

1.2.10. Госпитализация: пребывание в стационаре или в клинике для лечения по поводу покрываемого Договором и Программой заболевания и выполнения покрываемого Договором и Программой лечения или медицинского вмешательства с проживанием продолжительностью не менее суток.

1.2.11. Телесное повреждение, вред здоровью: физический ущерб, нанесенный организму Застрахованного лица.

1.2.12. Заболевание: любое нарушение структуры или функции организма, системы или органа, имеющее идентифицируемые характерные признаки и симптомы или характеризуемое последовательными анатомическими изменениями. Диагноз должен быть поставлен врачом, осуществляющим свою деятельность в соответствии с законом. Заболевание включает все телесные повреждения (вред здоровью) и их последствия, возникающие в результате одного и того же диагноза, а также все заболевания, вызванные одной и той же причиной или связанными с ней причинами. Если заболевание вызвано той же самой причиной, которая вызвала предыдущее заболевание или связанной с ним причину, то заболевание должно рассматриваться как продолжение предыдущего, а не как отдельное заболевание.

1.2.13. Необходимые с медицинской точки зрения медицинские услуги и изделия, которые:

- предписаны Застрахованному для лечения предусмотренной Программой (Договором) заболевания или медицинские вмешательства, выполняемые с целью улучшения состояния и
- признаны эффективными для улучшения состояния на основании плановых методов лечения, которые по типу, частоте и продолжительности соответствуют диагнозу, что подтверждено данными, опубликованными в научных медицинских источниках (например PubMed) или в научно обоснованных американских, британских, европейских стандартах (в частности, для лечения онкологических заболеваний) будут применяться клинические практические рекомендации NCCN (Национальная онкологическая сеть (США), Статья III – А) и;
- экономически эффективны по сравнению с иными возможными методами, которые приводят к аналогичному результату, включая отсутствие лечения и
- требуется по причинам, не связанным с удобством Застрахованного лица или его врача.

Факт того, что врач рекомендовал, предписал, заказал или подтвердил услугу или расходные материалы (медицинские изделия) сам по себе не означает, что такая услуга или материалы (медицинские изделия) необходимы с медицинской точки зрения в соответствии с Договором страхования.

1.2.14. Медикаменты (лекарственные препараты): любое вещество или комбинация веществ, которые могут применяться Застрахованным с целью восстановления, коррекции или улучшения физиологических функций, или способствующие постановке диагноза. Приобретение медикаментов должно быть возможно только по рецепту врача в фармацевтической организации, имеющей соответствующую лицензию.

1.2.15. Рецепт: документ, выписанный для приобретения оригинального медикамента также действителен для приобретения идентичного лекарства с тем же действующим веществом, типом воздействия и дозировкой, что и оригинальное лекарство.

1.2.16. Неинвазивный рак или рак "in situ": злокачественная опухоль, ограниченная той эпителиальной тканью, где она возникла, и не проникшая в строму или окружающие ткани.

1.2.17. Заболевания, присутствовавшие до начала действия Договора страхования (предшествующие, предсуществующие заболевания): любые заболевания Застрахованного лица, которые были диагностированы, выявлены, в отношении которых проводилось лечение и (или) диагностика либо проявившиеся связанными с ними зафиксированными в медицинских документах симптомами, свидетельствами (признаками) в течение 10 (Десять) лет до даты начала действия Договора страхования (и (или) до включения в Договор Застрахованного лица).

1.2.18. Предварительный медицинский сертификат: письменное согласие со стороны Страховщика или Further, включающее подтверждение покрытия по Договору страхования до оказания услуг (до поездки на лечение вне страны постоянного проживания Застрахованного лица) в указанном в предварительном сертификате стационаре за пределами страны проживания Застрахованного, любого лечения, услуг, медицинских изделий или рецептурных лекарственных препаратов, относящихся к страховому случаю.

1.2.19. Протез: устройство, заменяющее собой орган или его часть, либо полностью или частично выполняющее функцию неработоспособной или неправильно функционирующей части тела.

1.2.20. Реконструктивная хирургия: процедуры, которые предназначены для восстановления утраченной или деформированной части тела.

1.2.21. Хирургические вмешательства: любые операции, осуществляемые с диагностической или терапевтической целью, проводимые хирургом в стационаре путем рассечения тканей или с применением иных доступов, обычно требующие использования операционной.

1.2.22. Лечение за рубежом: необходимое с медицинской точки зрения лечение, организованное Further в течение Периода действия страхового покрытия на территории Испании, Израиля, Южной Кореи и оплаченное согласно Договору и Программе.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.

2.1. Объектом страхования по настоящему Полису (Договору) являются имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с организацией и оплатой медицинских и иных, предусмотренных Договором страхования услуг, оказанных Застрахованному лицу в связи с лечением по поводу предусмотренных условиями Договора страхования заболеваний и выполнением предусмотренных Договором страхования медицинских вмешательств, при соблюдении всех следующих условий:

- медицинские услуги и вмешательства, иные услуги, входящие в Программу (Договор), предоставляются в течение соответствующего Периода действия страхового покрытия и в период действия Договора страхования (Полиса), включая пролонгации;

- соответствующее заболевание или состояние не является Заболеванием, присутствовавшим у Застрахованного до начала действия Договора (предшествующим, предсуществующим заболеванием);
- заболевание не было диагностировано, в отношении заболевания не проводилось лечение, заболевание не проявлялось связанными с ним зафиксированными в медицинских документах симптомами, свидетельствами (признаками) в течение Периода исключения;
- лечение является необходимым с медицинской точки зрения;
- покрываемые Программой расходы не превышают страховую сумму и лимиты, указанные в Договоре страхования;
- лечение организовано Further в соответствии с процедурой урегулирования убытков, предусмотренной в пункте 6 настоящей Программы;
- медицинские расходы возникли за пределами Российской Федерации, за исключением:
 - а) расходов на медикаменты, указанных в подпункте 4.4.1 настоящей Программы;
 - б) расходов, связанных с Контролем состояния здоровья, предусмотренных в подпункте 4.4.2 настоящей Программы;
- расходы на проезд и проживание покрываются в пределах максимум 3 (Трёх) поездок за рубеж в оба конца, как указано в подпункте 4.3 настоящей Программы;
- расходы на диагностику, лечение, услуги, медицинские изделия или рецептурные лекарственные препараты входят в покрытие по Договору в соответствии с пунктом 4 настоящей Программы.

3. ПОКРЫВАЕМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И МЕДИЦИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. ПОКРЫВАЕМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

3.1.1. МОДУЛЬ ПОКРЫТИЯ (РИСК) 1: ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ

3.1.1.1. Договором страхования предусмотрено покрытие лечения (осуществление выплаты путём оплаты предусмотренных Программой услуг и иными способами, предусмотренными Программой) по поводу следующих онкологических заболеваний:

- любые злокачественные новообразования, включая лейкемию, саркому и лимфому, характеризующиеся неконтролируемым ростом, распространением клеток и инвазией в ткани;
- любой рак in situ, область поражения которого ограничена эпителием, на котором он возник, при условии, что строма и окружающие ткани не были затронуты;
- любое предраковое изменение в клетках, которое цитологически и гистологически классифицируется как дисплазия высокой степени дифференцировки или тяжелая дисплазия.

Исключается из страхового покрытия лечение (не подлежит оплате лечение и не выполняются выплаты иными предусмотренными Программой способами) по поводу следующих форм онкологических заболеваний, злокачественных новообразований и следующие виды лечения:

- любые опухоли при наличии Синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД);
- любой не связанный с меланомой рак кожи, который гистологически классифицируется как не проникший за пределы эпидермиса (наружного слоя кожи);
- любое лечение, предусматривающее применение технологии CAR T-клеточная терапия.

3.2. ПОКРЫВАЕМЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Следующие медицинские вмешательства предусмотрены Договором страхования, если основное Заболевание, являющееся причиной назначения вмешательства, не связано с лечением по поводу злокачественного новообразования, которое обеспечивается согласно Модулю покрытия (риску) 1:

3.2.1. МОДУЛЬ ПОКРЫТИЯ (РИСК) 2: СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ

3.2.1.1. Операция шунтирования коронарной артерии: хирургическое вмешательство, рекомендованное врачом-кардиологом для коррекции сужения или закупорки одной или более коронарных артерий путем установки обходных шунтов.

При этом исключаются следующие вмешательства:

- лечение заболеваний коронарных артерий методами, отличными от шунтирования коронарных артерий, такими как любой вид ангиопластики и стентирование.

3.2.1.2. Замена или восстановление сердечного клапана: замена или восстановление одного или нескольких клапанов сердца по рекомендации консультанта кардиолога независимо от того, выполняется ли это с использованием открытой операции на грудной клетке, малоинвазивным способом или с помощью сердечного катетера.

3.2.2. МОДУЛЬ ПОКРЫТИЯ (РИСК) 3: НЕЙРОХИРУРГИЯ

3.2.2.1. Внутрочерепная и спинальная хирургия:

- любое хирургическое вмешательство в области головного мозга или любых других структур полости мозгового черепа;
- хирургическое лечение по поводу доброкачественных опухолей, расположенных в спинном мозге (Medulla spinalis).

3.2.3. МОДУЛЬ ПОКРЫТИЯ (РИСК) 4: ТРАНСПЛАНТАЦИЯ

3.2.3.1. Пересадка органа от прижизненного донора: хирургическая трансплантация, при которой Застрахованному лицу пересаживают почку, сегмент печени, долю легкого, часть поджелудочной железы от живого совместимого донора.

Исключаются из страхового покрытия в связи с любой трансплантацией следующие вмешательства, услуги:

- трансплантация, любые связанные с ней услуги, когда потребность в ней возникает вследствие алкогольной болезни печени;
- все аутологические трансплантации и услуги, связанные с ними, в т.ч. расходы на проезд и проживание;
- трансплантация, любые связанные с ней услуги, когда Застрахованный является донором по отношению к третьему лицу (не предусмотрена оплата таких услуг и самой трансплантации);
- любые услуги для выполнения трансплантации органов или тканей от мертвого донора;
- трансплантация, любые услуги, когда необходима трансплантация, предусматривающая лечение стволовыми клетками;
- любые услуги и сама трансплантация, организованная путем покупки донорских органов.

3.2.3.2. Пересадка костного мозга: трансплантация костного мозга или трансплантация стволовых клеток периферической крови, клеток костного мозга Застрахованному от:

- самого Застрахованного (аутологичная трансплантация костного мозга);
- от живого совместимого донора (аллогенная трансплантация костного мозга).

Исключается трансплантация гемопоэтических стволовых клеток с использованием пуповинной крови.

3.3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

Страховым случаем в соответствии с настоящей Программой и Договором страхования признаётся обращение Застрахованного лица в течение действия Договора к Страховщику для организации и оплаты услуг, предусмотренных настоящей Программой, по поводу возникших в течение

действия страхования заболеваний, предусмотренных пунктом 3.1 Программы, и назначения в течение действия страхования вмешательства, предусмотренных пунктом 3.2 Программы, по поводу возникших в течение действия страхования заболеваний.

4. УСЛУГИ, РАСХОДЫ, ДЕНЕЖНЫЕ ВЫПЛАТЫ, ВХОДЯЩИЕ В ПОКРЫТИЕ

Договором предусмотрено покрытие следующих услуг, расходов, а также денежные выплаты (в пределах страховых сумм, указанных в Договоре (полисе), возникающие в связи с одобренными страховыми случаями, перечисленными в Договоре и (или) в Программе.

Услуги должны быть организованы, и расходы должны быть понесены в течение соответствующего Периода действия страхового покрытия.

4.1. УСЛУГИ, ПОКРЫВАЕМЫЕ до получения лечения за рубежом

4.1.1. Второе медицинское мнение: Застрахованный имеет право в момент уведомления о наступлении страхового случая запросить у Further Второе медицинское мнение для подтверждения диагноза заболевания или медицинского вмешательства, входящих в Программу (Договор), и определения оптимального плана лечения.

Второе медицинское мнение может быть запрошено только один раз по каждому страховому случаю.

4.2. МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДЫ, ПОКРЫВАЕМЫЕ во время лечения за рубежом

В соответствии с условиями, подлежат оплате следующие услуги (в пределах лимитов, указанных в Договоре страхования и (или) Программе), возникающие в связи с Необходимым с медицинской точки зрения лечением за рубежом заболеваний и проведением медицинских вмешательств, предусмотренных Договором и перечисленных в Предварительном медицинском сертификате:

4.2.1. При стационарном лечении:

- проживание, питание и общий уход во время пребывания Застрахованного в палате, отделении или секции стационара, либо в отделении реанимации или клинического мониторинга (обсервации);
- другие услуги стационара, в т.ч. предоставляемые амбулаторным отделением стационара (включая услуги переводчика), а также расходы, относящиеся к стоимости дополнительной кровати или кровати для сопровождающего лица, если стационар предоставляет такую услугу;

- использование операционной и всех сопутствующих услуг;
- посещения, консультации врачей во время госпитализации.

4.2.2. Услуги дневного стационара или центра социально-бытового обслуживания, при условии, что соответствующее проводимое лечение, хирургическое вмешательство или рецептурное лекарственное средство входят в покрытие по Договору при их предоставлении в стационаре.

4.2.3. Осмотры, лечение, оказание медицинских услуг или хирургическое вмешательство, выполняемые соответствующим врачом, в том числе в амбулаторных условиях.

4.2.4. Следующие медицинские услуги, в том числе хирургическое лечение или рецептурные лекарственные средства:

4.2.4.1. анестезия или применение анестетиков при условии, что данные действия осуществляются квалифицированным анестезиологом;

4.2.4.2. лабораторные анализы и патолого-анатомические исследования, рентген-диагностика с целью подготовки к лечению, радиотерапия (лучевая терапия), исследования с помощью радионуклидов, химиотерапия, электрокардиография, эхокардиография, миелография, электроэнцефалография, ангиография, компьютерная томография и другие схожие исследования и способы лечения, необходимые для диагностики и лечения входящих в покрытие заболеваний или проведения входящих в покрытие медицинских процедур, при условии их проведения врачом или под медицинским контролем;

4.2.4.3. переливание крови (компонентов крови), введение плазмы и сыворотки;

4.2.4.4. расходы, относящиеся к использованию кислорода, применению растворов для внутривенного введения и инъекций;

4.2.4.5. лучевая терапия: высокоэнергетическое излучение для сокращения опухолей и уничтожения злокачественных клеток рентгеновскими лучами, гамма-лучами и заряженными частицами используемая для уничтожения злокачественных клеток либо с помощью устройства вне тела (лучевая терапия внешним лучом), либо с помощью радиоактивного материала, помещенного в ткань опухоли (внутренняя лучевая терапия, брахитерапия);

4.2.4.6. реконструктивная хирургия для восстановления или реконструкции структуры ткани или органа, удаленной или измененной при выполнении медицинскими вмешательствами, организованными и оплаченными в соответствии с условиями;

4.2.4.7. лечение по поводу осложнений или побочных эффектов, непосредственно связанных с медицинскими вмешательствами, организованными и оплаченными в соответствии с условиями Договора и Программы страхования, которые:

- требуют немедленной медицинской помощи в стационаре или в амбулаторных условиях
- требуют лечения, прежде чем Застрахованный будет признан готовым к возвращению в Российскую Федерацию после завершения этапа лечения за рубежом.

4.2.5. Медикаменты (лекарственные препараты), применяемые по медицинскому предписанию во время госпитализации Застрахованного для лечения заболевания или проведения входящего в страховое покрытие медицинского вмешательства, предусмотренных условиями Договора и Программой страхования. Медикаменты (лекарственные препараты), предназначенные для послеоперационного лечения, оплачиваются в течение 30 дней с момента завершения Застрахованным курса лечения за рубежом и только при условии, что данные средства приобретены до возвращения в Российскую Федерацию.

4.2.6. Наземная и воздушная медицинская транспортировка (применение наземного или воздушного санитарного транспорта), если таковая предписана врачом и предварительно согласована с Further.

4.2.7. Услуги, предоставленные живому донору в ходе изъятия органа или клеток, ткани, подлежащих трансплантации Застрахованному, а именно:

- стоимость анализов и обследований, проведенных для выявления подходящего донора в семье Застрахованного лица;
- услуги стационара, предоставленные донору, в т.ч. проживание в палате, отделении или секции стационара, питание, услуги общего ухода, другие медицинские услуги, оказываемые персоналом стационара, лабораторные исследования и использование оборудования и другого оснащения стационара (кроме предметов личного пользования, не являющихся необходимыми в процессе изъятия ткани для трансплантации);
- хирургическое вмешательство и медицинские услуги по изъятию ткани донора для трансплантации Застрахованному.

4.2.8. Услуги и материалы с целью подготовки клеток костного мозга в связи с предстоящей трансплантацией ткани Застрахованному. Оплачиваются только на расходы, понесенные с даты выпуска Предварительного медицинского сертификата.

4.3. НЕМЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДЫ, ПОКРЫВАЕМЫЕ ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗА РУБЕЖОМ

Покрытие по Договору страхования включает следующие немедицинские расходы (в пределах страховой суммы, указанной в Договоре (Полисе), возникающие в связи с поездкой, проживанием, и другими мероприятиями, организованными Further для обеспечения застрахованному доступа к медицинскому обслуживанию в соответствии с условиями, указанными в Предварительном медицинском сертификате:

Расходы на проезд и проживание оплачиваются в общей сложности на 3 (Три) поездки в оба конца для Застрахованного, сопровождающего (или двух сопровождающих, если Застрахованный является несовершеннолетним) а также при необходимости, живого донора в случае трансплантации) в каждой поездке, включая выезд из России к месту лечения и возвращение домой, а также проживание на весь период каждой поездки.

Оплата немедицинских расходов производится только для первых 3 (трёх) поездок на каждого Застрахованного, получающего лечение за рубежом.

Сроки и продолжительность поездок будут устанавливаться дополнительно на основании плана-графика лечения, указанного зарубежным лечащим Врачом (врачами).

Организация поездок и проживания для каждой поездки оплачиваются в соответствии с условиями, изложенными ниже:

4.3.1. РАСХОДЫ НА ПРОЕЗД с целью лечения за рубежом (условия организации поездки и её оплаты):

Подлежит оплате транспортные расходы на поездку из РФ в Испанию или Израиль или Южную Корею Застрахованного и одного сопровождающего (или двух сопровождающих, если Застрахованный является несовершеннолетним), а также при необходимости, живого донора в случае трансплантации с единственной целью получения лечения по согласованию с Further. Организация транспортировки должна осуществляться Further. Страховой компанией не возмещаются любые транспортные расходы, понесённые Застрахованным или третьим лицом от имени Застрахованного при самостоятельной организации ими поездки.

FURTHER несут ответственность за установление дат транспортировки в соответствии с согласованным графиком лечения. Указанные даты доводятся до сведения Застрахованного в сроки, которые позволяют Застрахованному совершить все необходимые ему приготовления.

В случае, если Застрахованный изменяет даты транспортировки, которые были сообщены ему Further, Застрахованный обязан возместить Страховой компании и (или) Further все расходы, связанные с организацией и осуществлением новой транспортировки, за исключением случаев, когда изменения были согласованы с Further как необходимые с медицинской точки зрения.

В программу входят (подлежат оплате) следующие транспортные услуги:

- проезд от постоянного места жительства Застрахованного лица до установленного аэропорта или международной железнодорожной станции;
- проезд по стоимости железнодорожного или авиабилета эконом-класса до места лечения, а также трансфер до указанного отеля;
- проезд от установленного отеля или медицинской организации в аэропорт или до международной железнодорожной станции;
- проезд по стоимости железнодорожного и (или) авиабилета эконом-класса до города, в котором постоянно проживает Застрахованное лицо.

Покрываемые расходы также включают расходы на транспортировку Застрахованного и (или) сопровождающего лица (а также живого донора в случае пересадки) от предусмотренной гостиницы до стационара или лечащего врача и обратно – максимум до 100 евро в сутки (но не более чем за 60 суток) по страховому случаю в соответствии с условиями Программы. Данный сервис будет доступен только в том случае, если он организуется Further, и будет покрыта только одна поездка в обе стороны в день.

4.3.2. РАСХОДЫ НА ПРОЖИВАНИЕ во время лечения за рубежом

Проживание в Испании, Израиле, Южной Кореи Застрахованного и одного сопровождающего (или двух сопровождающих, если Застрахованный является несовершеннолетним), а также при необходимости, живого донора в случае трансплантации во время пребывания за границей с единственной целью получения лечения по согласованию с Further или Страховщиком. Проживание должно быть организовано Further. Страховой компанией, Further не возмещаются расходы за проживание, организованное Застрахованным или третьим лицом от имени Застрахованного.

Компания Further несёт ответственность за организацию проживания в те даты, которые соответствуют согласованному графику лечения. Даты сообщаются Застрахованному в сроки, позволяющие Застрахованному совершить все необходимые приготовления.

FURTHER устанавливает дату возвращения в соответствии со сроком завершения лечения и по согласованию с лечащим врачом тогда, когда Застрахованный будет в состоянии путешествовать.

В случае если Застрахованный изменит дату поездки, ранее согласованную с Further, Застрахованный должен будет компенсировать Страховой компании и (или) Further все расходы, связанные с новой организацией проживания, если только это изменение не было согласовано с Further как необходимое с медицинской точки зрения.

Организация проживания включает:

- бронирование двухместного номера с одной двухспальной или двумя односпальными кроватями в отеле уровня 3 или 4 звезды, включая завтрак (выбор отеля зависит от доступности свободных номеров и близости (в пределах радиуса 10 км) к медицинской организации или офису лечащего врача).

Питание (за исключением завтрака), а также сопутствующие и непредвиденные расходы в отеле не оплачиваются.

Повышение уровня отеля за счёт Застрахованного лица не предоставляется.

4.3.3. РАСХОДЫ НА РЕПАТРИАЦИЮ

В случае смерти Застрахованного (или живого донора в случае трансплантации) за пределами Российской Федерации в ходе лечения, организованного в соответствии с настоящей Программой, Страховая компания оплатит репатриацию останков умершего лица в Российскую Федерацию.

В покрытие входят только услуги и изделия, необходимые для подготовки тела умершего лица и транспортировки его в Российскую Федерацию, в т.ч.:

- услуги похоронного бюро по организации международной репатриации, в т.ч. бальзамирование и все административные вопросы;
- гроб, который отвечает минимальным обязательным требованиям, предъявляемым для трансграничной перевозки тела;
- транспортировка останков умершего лица из аэропорта в пункт погребения в Российской Федерации.

4.4. МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДЫ, ПОКРЫВАЕМЫЕ ПО ВОЗВРАЩЕНИИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ЗА РУБЕЖОМ

4.4.1. РАСХОДЫ НА МЕДИКАМЕНТЫ, ПОКРЫВАЕМЫЕ по возвращении после лечения за рубежом

Подлежат оплате расходы на медикаменты (лекарственные препараты) после возвращения в Российскую Федерацию, приобретенные на территории Российской Федерации, рекомендованные к применению лечащим врачом при выполнении следующих условий:

- медикаменты лицензированы и разрешены (одобрены) к использованию и применению соответствующим органом государственной власти РФ, и назначение и выдача этих лекарственных препаратов регулируется законодательством РФ;
- лекарственные препараты доступны для приобретения на территории Российской Федерации, сроки и способ их применения способствуют продолжению лечения;
- рецепты на медикаменты выписаны российским врачом;
- медикаменты рекомендованы зарубежным лечащим врачом (врачами) в целях продолжения согласованного объема лечения и согласованы с Further;
- медикаменты назначаются после госпитализации за пределами Российской Федерации сроком не менее трех суток, одобренной Further или Страховой компанией в Предварительном медицинском сертификате, и
- каждый курс приёма выписанных медикаментов не превышает двух месяцев, и;
- рецепт на медикаменты выписан в течение соответствующего Периода действия страхового покрытия.

Покупка медикаментов на территории РФ в соответствии с настоящим пунктом должна быть организована и оплачена самим Застрахованным. Страховщик возмещает Застрахованному расходы на приобретенные медикаменты после получения соответствующего рецепта, товарного чека и документа, подтверждающего оплату, а также документа, удостоверяющего личность Застрахованного и реквизитов счёта для перечисления денежных средств. Застрахованный обязан предоставить перечисленные выше документы не позднее, чем через 180 календарных дней с момента оплаты медикаментов.

В случаях, когда стоимость медикаментов была частично оплачена государственной системой здравоохранения Российской Федерации или любым другим страховым полисом, Страховщик возместит только те расходы, которые не финансируются из иных источников, и, следовательно, должны быть оплачены непосредственно Застрахованным. В заявлении на возмещение расходов необходимо разделить на расходы, оплаченные непосредственно Застрахованным, и расходы, покрываемые из указанных выше источников.

В случае, если рекомендованный лекарственный препарат (или альтернативное эквивалентное лекарственное средство с аналогичной эффективностью), что подтверждается Further

- не допущено к продаже в РФ или официально не одобрено в Российской Федерации, как указано выше, или
- недоступно Застрахованному лицу для покупки в Российской Федерации, как указано выше,

но соблюдены все другие перечисленные выше условия,

Договор (Полис) предусматривают оплату расходов на медикаменты, приобретенные за пределами Российской Федерации.

В этом случае Further организует транспортировку (поездку) и размещение на условиях, описанных в пунктах 4.3.1 и 4.3.2 настоящей Программы, Застрахованного и сопровождающего, с учетом общего ограничения до 3 (Трёх) поездок.

Решение о возможности или невозможности выполнить возмещение понесённых Застрахованным расходов на лекарственные препараты принимается Further или Страховщиком в течение 30 (Тридцати) календарных дней после получения всех установленных настоящей Программой документов.

При принятии решения о возмещении денежных средств перечисление подтверждённой Страховщиком суммы выполняется в течение 10 (Десять) рабочих дней после принятия решения.

4.4.2. КОНТРОЛЬ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПО ВОЗВРАЩЕНИИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ЗА РУБЕЖОМ

По возвращении в РФ после окончания этапа лечения за рубежом Программой предусматривается оплата расходов, связанных с Контролем состояния здоровья Застрахованного на территории РФ, при соблюдении следующих условий:

- контроль состояния здоровья осуществляется в одной из медицинских организаций, выбранных Further и
- контроль состояния здоровья осуществляется в Российской Федерации в сроки и в порядке, необходимые для проведения текущего наблюдения, и
- контроль состояния здоровья осуществляется в соответствии с рекомендациями зарубежного лечащего врача(ей) по мере необходимости наблюдения и оценки состояния, и
- счета за услуги, связанные с Контролем состояния здоровья, выставлены за услуги, оказанные до окончания соответствующего периода действия страхового покрытия.

Услуги, связанные с Контролем состояния здоровья, в соответствии с настоящим пунктом при его осуществлении в Российской Федерации должны быть организованы и оплачены непосредственно Застрахованным лицом в Российской Федерации. Страховщик возместит Застрахованному расходы после получения оригинала счета, подтверждения оплаты счёта, заверенного исполнителем услуг медицинского документа (или заверенной исполнителем услуг копии или выписки из медицинского документа), подтверждающего оказание указанных в счёте услуг, договора, заключённого с медицинской организацией, оказавшей услуги, копии лицензии медицинской организации, оказавшей услуги, и заверенной медицинской организацией копии преискуранта, копии документа, удостоверяющего личность Застрахованного, при условии, что данные документы будут представлены в Страховую компанию не позднее чем через 180 дней после даты возникновения расходов.

В случае, если врачи, ответственные за осуществление Контроля состояния здоровья в Российской Федерации, указывают, что в связи с изменением состояния здоровья Застрахованного необходимо изменить предписанные методы Контроля состояния здоровья, первоначально установленные зарубежным лечащим врачом, новые методы контроля необходимо довести до сведения Further для передачи информации зарубежному лечащему врачу для утверждения и одобрения, если таковое будет, и возмещение расходов будет производиться в соответствии с новыми одобренными зарубежным лечащим врачом методами.

В случаях, когда стоимость Контроля состояния здоровья была частично оплачена в рамках государственной системы здравоохранения Российской Федерации или любым другим страховым полисом, Страховая компания возместит только те расходы, которые не финансируются из иных источников, и, следовательно, должны быть оплачены непосредственно Застрахованным. В заявлении на возмещение расходы необходимо разделить на расходы, оплаченные непосредственно Застрахованным, и на расходы, покрываемые из указанных выше источников. Решение о возможности или невозможности выполнить возмещение понесённых Застрахованным расходов на Контроль состояния здоровья принимается Further или Страховщиком в течение 30 (Тридцать) календарных дней после получения всех установленных настоящей Программой документов.

При принятии решения о возмещении денежных средств перечисление подтверждённой Страховщиком суммы выполняется в течение 10 (Десяти) рабочих дней после принятия решения.

Контроль состояния здоровья может быть организован Further по запросу Застрахованного лица за рубежом. В этом случае:

- контроль состояния здоровья будет осуществляться зарубежным врачом (врачами) и их сотрудниками, у которого (которых) осуществлялось лечение Застрахованного лица;
- Страховщик напрямую оплатит медицинские расходы, связанные с проведением консультаций и обследований;
- Further организует транспортировку и размещение на условиях, описанных в настоящей Программе для Застрахованного и сопровождающего, с учетом общего ограничения числа поездок до 3 (Трёх).

5. ИСКЛЮЧЕНИЯ

Исключаются (не подлежат оплате) следующие расходы:

5.1. ОБЩИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ

5.1.1. Расходы, вызванные любыми заболеваниями или состояниями, не предусмотренными в пункте 3 настоящей Программы.

5.1.2. Расходы, связанные с заболеваниями или телесными повреждениями, вызванными военными действиями, террористическими актами, актами терроризма, сейсмическими толчками, гражданскими волнениями и беспорядками, извержением вулкана, а также прямыми или косвенными последствиями ядерной реакции или стихийного бедствия и (или) природно-техногенной катастрофы и (или) иной чрезвычайной ситуации, а также официально объявленной эпидемией.

5.1.3. Любые медицинские и иные расходы и услуги, связанные с алкоголизмом, зависимостью от наркотиков и (или) токсических веществ, любые расходы, связанные с заболеваниями (состояниями), возникшими в результате чрезмерного употребления алкоголя и (или) употребления психоактивных, наркотических или галлюциногенных препаратов, токсических веществ.

5.1.4. Также исключаются – не подлежат оплате услуги, оказанные по поводу последствий и заболеваний (состояний), возникших в результате попытки суицида и (или) в результате нанесения себе увечий (вреда здоровью) самим Застрахованным лицом.

5.1.5. Расходы, понесенные в связи с заболеваниями или состояниями, вызванными намеренно или расходом, возникшие в результате мошенничества либо в результате небрежности, намеренной неосторожности Застрахованного, либо возникшие при совершении преступления.

5.1.6. Убытки, возникшие в результате того, что Застрахованный до, во время или после окончания процесса признания случая страховым, установленного Договором (Полисом):

- не следовал рекомендациям, назначениям или установленному лечащим врачом плану лечения или
- отказывался от какого-либо лечения или от дополнительных обследований или анализов, необходимых для установления окончательного диагноза или плана лечения.

5.2. МЕДИЦИНСКИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ

Не подлежит оплате и не признается страховым случаем:

5.2.1. Лечение и оказание иных услуг по поводу заболеваний, присутствовавших до начала действия Договора страхования (Предшествующих заболеваний).

5.2.2. Лечение и оказание иных услуг по поводу любых заболеваний Застрахованного, которые были диагностированы, выявлены, в отношении которых проводилось лечение либо проявившиеся связанными зафиксированными в медицинских документах симптомами, свидетельствами (признаками) в течение периода исключения.

5.2.3. Лечение с применением генной терапии, терапии соматическими клетками, тканево-инженерных методов, с применением CAR T-клеточной терапии.

5.2.4. Экспериментальное лечение, а также диагностические, лечебные консервативные и (или) хирургические вмешательства, безопасность, эффективность и надежность которых не обоснованы и не подтверждены международным медицинским сообществом.

5.2.5. Медицинские вмешательства, необходимость которых вызвана заболеванием СПИД (синдромом приобретённого иммунодефицита), ВИЧ (вирусом иммунодефицита человека) или любым заболеванием, им вызванным или развившимся в результате СПИД и ВИЧ-инфекции (в т.ч. саркома Капоши), или любым лечением по поводу СПИД или ВИЧ-инфекции.

5.2.6. Любые услуги и изделия, материалы, не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для лечения входящего в страховое покрытие заболевания или осуществления входящего в страховое покрытие медицинского вмешательства.

5.2.7. Расходы на иные методы лечения, обслуживание, медицинские изделия или рецептурные лекарственные препараты по заболеванию, лучшим лечением для которого является трансплантация, покрываемая Договором страхования (Модуль покрытия 4).

5.2.8. Лечение по поводу вреда здоровью, причинённого медицинскими организациями: любое заболевание или медицинское состояние, которое было вызвано медицинскими вмешательствами, организованными и оплаченными по настоящему Договору, за исключением случаев, когда данное заболевание или медицинское состояние предусмотрено Программой (Договором) или требует проведения медицинского вмешательства, входящего в Программу в соответствии с пунктом 3 настоящей Программы.

5.2.9. Лечение долгосрочных побочных эффектов при приеме лекарственных препаратов и проведении лечения, облегчение хронических симптомов, или реабилитация (включая, но не ограничиваясь физиотерапией, восстановлением подвижности, восстановлением вербальной функции).

5.2.10. Расходы на лекарственные препараты, покрываемые согласно пункту 4.4.1 Программы, купленные Застрахованным лицом, не оплачиваются в следующих случаях:

- стоимость лекарственных средств была возмещена в рамках государственной системы здравоохранения Российской Федерации или любым другим страховым полисом;
- поданы на возмещение расходы на введение (применение) препарата (возмещается только стоимость лекарственного препарата);
- стоимость лекарственных препаратов, приобретенных за пределами Российской Федерации, если Further или Страховщиком не согласовано иное;
- стоимость лекарственных препаратов при предоставлении Страховщику документов на возмещение более чем через 180 календарных дней с момента возникновения расходов.

5.2.11. Расходы на Контроль состояния здоровья в соответствии с подпунктом 4.4.2 Программы, не оплачиваются, если

- расходы были возмещены государственной системой здравоохранения Российской Федерации или любым другим страховым полисом;
- расходы относятся к медицинским услугам, не предусмотренным планом лечения и контроля здоровья, утверждённым Further;
- расходы понесены в медицинской организации, не согласованной Further или Страховщиком;
- документы на возмещение предоставлены Страховщику более чем через 180 календарных дней с момента возникновения расходов.

5.3. ИНЫЕ ИСКЛЮЧЕННЫЕ РАСХОДЫ

5.3.1. Любые расходы, вызванные или связанные с диагностикой, лечением, обслуживанием, предоставлением медицинских изделий или рецептурных лекарственных препаратов любого вида в Российской Федерации, исключая:

- расходы на лекарственные препараты, приобретенные в РФ в соответствии с подпунктом 4.4.1 Программы;
- расходы, связанные с Контролем состояния здоровья, понесённые в РФ в соответствии с подпунктом 4.4.2 Программы.

5.3.2. Любые расходы, вызванные или связанные с диагнозом, лечением, обслуживанием, предоставлением медицинских изделий или рецептурных лекарственных препаратов любого рода в любой стране мира, если Застрахованный на момент подачи заявления о наступлении страхового случая не проживал на территории РФ на основании вида на жительство, не проживал постоянно в Российской Федерации.

5.3.3. Любые расходы, понесенные по окончании Периода страхового покрытия, если иное не установлено в пункте **Ошибка! Источник ссылки не найден.** Программы.

5.3.4. Любые расходы, понесенные до выдачи предварительного медицинского сертификата.

5.3.5. Любые расходы, понесенные в стационаре, отличном от указанного в Предварительном медицинском сертификате.

5.3.6. Любые расходы, не удовлетворяющие условиям, изложенным в пункте 6 Программы.

5.3.7. Любые расходы, понесенные в отношении услуг по родовспоможению, пребыванию на курорте, в санатории (на лечение с применением природных факторов, природных ресурсов), уходу на дому, расходы на услуги в оздоровительном центре, хосписе или доме престарелых, даже если такие услуги требуются или необходимы в результате заболевания или медицинского вмешательства, входящих в страховое покрытие.

5.3.8. Любые расходы, понесенные при приобретении (или аренде) любых видов протезов или ортопедических устройств, корсетов, бандажей, костылей, искусственных конечностей и органов, париков (даже если их использование считается необходимым в ходе лечения, в том числе химиотерапией), ортопедической обуви, зубных протезов, грыжевых бандажей и иного схожего оборудования или изделий, за исключением протезов молочной железы, применяемых после мастэктомии, и протезов клапанов сердца, требующихся для проведения медицинских вмешательств, организованных и оплаченных по настоящему Договору страхования.

5.3.9. Любые расходы, понесенные при приобретении или аренде кресел-колясок, специальных кроватей, приборов кондиционирования воздуха, воздухоочистителей и других схожих изделий или оборудования.

5.3.10. Все лекарственные препараты, которые не были отпущены лицензированной аптечной организацией, либо которые могут быть приобретены без медицинского рецепта.

5.3.11. Все расходы на использование средств альтернативной медицины, народной медицины, даже если они были рекомендованы врачом, а также на остеопатию, акупунктуру.

5.3.12. Любые расходы на медицинский уход или госпитализацию в случаях когнитивных нарушений, церебрального синдрома, на уход за престарелыми или уход при последствиях нарушения мозгового кровообращения независимо от стадии развития данных состояний.

5.3.13. Расходы на услуги переводчика (кроме услуг переводчика при нахождении Застрахованного на лечении в медицинской организации), на телефонную связь и иные расходы, относящиеся к предметам личного пользования или по своей сути не являющиеся медицинскими, либо на любые другие услуги, предоставляемые родственникам или сопровождающим.

5.3.14. Любые расходы, понесенные Застрахованным, его родственниками или сопровождающими, кроме прямо предусмотренных Договором (Полисом).

5.3.15. Любые медицинские расходы, которые не являются обычными и разумными.

5.3.16. Любые расходы на транспортировку и (или) проживание, организованные Застрахованным, сопровождающим или донором.

6. УРЕГУЛИРОВАНИЕ УБЫТКОВ

До начала получения услуг, предусмотренных Договором и Программой, при диагностике предусмотренного условиями Договора и Программы заболевания или назначения предусмотренного Договором и Программой медицинского вмешательства в соответствии с пунктом 3 Программы, Застрахованный, а также любое лицо, законно выступающее от его имени, должны следовать указанной ниже процедуре.

6.1. ЗАЯВЛЕНИЕ О СТРАХОВОМ СЛУЧАЕ

Застрахованное лицо обязано в кратчайший срок обратиться в Further или к Страховщику с уведомлением о потенциальном страховом случае. Застрахованный будет проинформирован о необходимости предоставить Further результаты всех диагностических тестов и исследований и истории болезни (медицинских документов), необходимых для принятия решения по признанию случая страховым.

Если Застрахованный запрашивает Второе медицинское мнение, эта услуга должна быть предоставлена до принятия решения о признании случая страховым.

6.2. ОБЯЗАННОСТИ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

Застрахованное лицо обязано содействовать Further, предоставляя свободный доступ к медицинским документам, находящимся в распоряжении Застрахованного лица или врачей, стационаров или других медицинских организаций, оказывавших ему помощь до даты уведомления о наступлении страхового случая.

Любое заявление об осуществлении выплаты будет рассматриваться для принятия решения о признании случая страховым только после получения от Застрахованного, соответствующих врачей, стационаров или других медицинских организаций всей необходимой информации:

- заявление о наступлении страхового случая (копия по форме, предоставленной Страховщиком или Further);
- документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица (простая копия);
- медицинский документ с протоколами и описанием проведенных медицинских вмешательств, по результатам которых был заподозрен и установлен предусмотренный Программой диагноз или назначено предусмотренное Программой вмешательство (заверенная копия);
- протоколы, заключения гистологических, цитологических (при наличии), иммуногистохимических исследований, если были показания, рекомендации их провести (заверенные копии);
- биологические материалы (при наличии), полученные при биопсиях, иных вмешательствах, на основании исследований которых был поставлен диагноз «злокачественное новообразование»;
- медицинские документы (копии медицинских карт) из поликлиник и (или) стационаров с информацией об обращениях и (или) о проведенном лечении Застрахованного лица за последние 10 (Десять) лет перед обращением по поводу страхового случая.

6.3. ОЦЕНКА СЛУЧАЯ И ПРЕДЛОЖЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

После получения Страховщиком всех запрошенных и предусмотренных Программой документов Застрахованный получит уведомление о признании или непризнании случая страховым с соблюдением следующих условий:

- если услуга «Второе мнение» была запрошена Застрахованным решение о признании случая страховым принимается с согласия Застрахованного лица после получения отчёта врача-эксперта и в 2 (Двух) рабочих дней после получения ответа от врача-эксперта;
- если услуга «Второе мнение» не была запрошена Застрахованным, решение о признании случая страховым принимается не позднее 10 (Десять) рабочих дней после получения запрошенных у Застрахованного документов, предусмотренных настоящей Программой.

Если Застрахованный заявляет о желании лечиться за рубежом, ему будет предоставлен список рекомендуемых медицинских организаций.

Если Застрахованный заявляет о желании лечиться за рубежом, Further проверяет, не истёк ли Период действия страхового покрытия, в результате чего возможны следующие варианты действий:

- Вариант 1: Полный срок лечения

В соответствии с модулем страхового покрытия не предъявлялось никаких претензий, заявлений, вследствие которых лечение могло бы быть организовано и оплачено в соответствии с условиями Договора и Программы. Таким образом, Further подтверждает длительность Периода действия страхового покрытия 36 месяцев.

- Вариант 2: Сокращённый срок лечения

В соответствии с модулем страхового покрытия ранее были поданы претензии (заявление(я) о страховом случае), вследствие которых лечение было организовано и оплачено в соответствии с условиями Полиса. Таким образом, Further подтверждает длительность Периода действия страхового покрытия в количестве оставшихся месяцев с первого дня ранее организованной и оплаченной поездки на лечение вне РФ.

- Вариант 3: Срок лечения истёк

В соответствии с модулем страхового покрытия была(и) предъявлены претензии(я) (заявления о страховом случае), вследствие которых лечение было организовано и оплачено в соответствии с полисом, при этом Период действия страхового покрытия полностью истёк. Таким образом, Страховщик отказывает в выплате в соответствии с условиями Договора и Программы.

В соответствии с Вариантами 1 и 2 Застрахованному будет предоставлен список рекомендуемых стационаров (медицинских организаций).

6.4. ЛЕЧЕНИЕ ЗА РУБЕЖОМ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЕРТИФИКАТ

6.4.1. После получения от Застрахованного лица подтверждения о решении лечиться за рубежом в медицинской организации, выбранной из списка рекомендуемых для лечения медицинских организаций, при условии, что не истёк Период действия страхового покрытия, Further организует через службу медицинского консьержа всё необходимое для поездки и лечения Застрахованного и выдаст Предварительный медицинский сертификат, действительный только для согласованной медицинской организации.

6.4.2. Перечень рекомендуемых медицинских организаций и Предварительный медицинский сертификат учитывают состояние здоровья Застрахованного на момент выдачи. Поскольку состояние здоровья Застрахованного лица со временем может измениться, оба документа будут действительны в течение 3 (Три) месяцев.

6.4.3. Если Застрахованный не выбрал медицинскую организацию из предложенного списка или не начал лечение в согласованном стационаре, указанном в Предварительном медицинском сертификате, в течение трёх месяцев после его выпуска, необходимо будет перевыпустить оба документа с учётом новых данных о состоянии здоровья Застрахованного.

6.4.4. При условии выполнения требований Предварительного медицинского сертификата, Страховщик, в соответствии с условиями Договора, будет непосредственно оплачивать медицинские расходы, предусмотренные пунктом 4.2 Программы и брать на себя организацию поездки и размещение, предусмотренные пунктом 4.3 Программы, с учетом ограничений, исключений и условий, изложенных в Договоре и Программе.

6.5. ПРИМЕНЯЕМЫЙ ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

6.5.1. Применяемый Период действия страхового покрытия начинается с даты первой поездки за рубеж с целью лечения.

6.5.2. В соответствии с условиями Программы и Договора выплачивается страховое возмещение за оказанные услуги, расходы и дополнительные материальные компенсации (в пределах установленных Договором страховых сумм) расходов, понесенных в связи с убытками по предусмотренному Договором страховому случаю и в течение Периода действия страхового покрытия.

6.5.3. Если Застрахованный начинает лечение в стационаре, указанном в Предварительном медицинском сертификате, перед окончанием Периода действия страхового покрытия, то его медицинские расходы будут оплачиваться в соответствии с положениями пункта 6 Программы до даты возвращения в РФ, предусмотренной планом лечения.

6.6. ВОЗВРАЩЕНИЕ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ЗА РУБЕЖОМ

6.6.1. Если возвращение в РФ происходит до окончания Периода действия страхового покрытия, Further представит Застрахованному инструкцию по пользованию медицинскими услугами после возвращения из-за рубежа, в соответствии с подпунктом 4.4 Программы. Эти инструкции будут основаны на рекомендациях зарубежного лечащего врача(ей).

В этом случае Застрахованный:

- пользуется возможностью приобретения медикаментов в соответствии с подпунктом 4.4.1 Программы и
 - пользуется услугой Контроля состояния здоровья в соответствии с подпунктом 4.4.2 Программы
- до окончания Периода действия страхового покрытия.

6.7. ОЦЕНКА УБЫТКА ПОСЛЕ ВОЗВРАЩЕНИЯ ИЗ-ЗА РУБЕЖА

6.7.1. После окончательного возвращения Застрахованного в РФ по завершении запланированного лечения изменение состояния Застрахованного может потребовать оценки данного состояния для определения необходимого по медицинским показаниям нового лечения. Если Договор действует, и не истёк Период действия страхового покрытия, Застрахованный может обратиться в Further для организации проведения данной оценки.

6.7.2. Further вновь проинформирует Застрахованного о шагах, необходимых для предоставления Further всех соответствующих диагностических тестов и медицинских документов, необходимых для завершения этой оценки.

6.7.3. Если оценка состояния (как описано в пункте 6.3 Программы) подтвердит необходимость лечения, Further издаст новый Предварительный медицинский сертификат и направит список рекомендованных клиник для лечения за рубежом (как указано в пункте 6.4 Программы), если не истёк Период действия страхового покрытия.

6.7.4. В результате оценки может потребоваться новая услуга Второе Медицинское мнение, если это будет обосновано с медицинской точки зрения по мнению Further.

6.7.5. Договор будет продолжать обеспечивать покрытие всех услуг и медицинских расходов (как указано в пункте 4 Программы) до конца примененного Периода действия страхового покрытия в соответствии с условиями последнего выпущенного Предварительного медицинского сертификата.

6.8. СОТРУДНИЧЕСТВО ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ВЫПЛАТЫ

6.8.1. Застрахованный и его родственники (представители) обязаны дать свое разрешение на посещение его врачами, уполномоченными Further и (или) Страховщиком, и на право направления любых запросов от Страховщика и (или) Further в любые организации и учреждения, которые необходимы Страховщику; для этой цели врачи, посетившие Застрахованного и (или) оказавшие ему медицинскую помощь, освобождаются Застрахованным лицом (его представителем) от обязательства соблюдения врачебной тайны, Застрахованное лицо (его представитель) обязано подписать разрешение на предоставление Страховщику и Further информации, составляющей врачебную тайну, содействовать передаче Страховщику и (или) Further информации, составляющей врачебную тайну, из любых медицинских организаций, оказывавших медицинские услуги Застрахованному лицу.

6.8.2. Отказ со Стороны Застрахованного лица (его представителя) от посещения врачом, назначенным Страховщиком и (или) Further, отказ от передачи документов, установленных настоящей Программой, а также от подписания разрешений на передачу сведений, составляющих врачебную тайну, Страховщику и (или) Further, является отказом Застрахованного и его представителей от права на получение страхового возмещения по убытку, входящему в покрытие по настоящему Договору и Программе (отказ от страховой выплаты).