

Установите мобильное
приложение СберСтрахование
для Вашего удобства



ПОЛИС «Защита на любой случай» Серия _____ № _____ от «__» _____ 20__ г.

1. СТРАХОВЩИК	ООО СК «Сбербанк страхование», 121170 г. Москва, ул. Поклонная, дом 3, корп. 1, 1 этаж, пом. 3, тел.: 900 — для звонков с мобильного телефона, +7 (495) 500-55-50 — для звонков из любой точки мира, лицензии Банка России на осуществление добровольного имущественного страхования - СИ № 4331, на осуществление личного страхования - СЛ № 4331, выданы 12.10.2020 бессрочно. Информация о Страховщике, контактах и режиме работы структурных подразделений Страховщика размещена на сайте: sberbankins.ru . Банковские реквизиты: р/с 40701810200020029102 в ПАО Сбербанк, ИНН 7706810747, КПП 773001001, к/с №301018104000000000225 в ГУ Банка России по ЦФО, БИК 044525225.			
2. СТРАХОВАТЕЛЬ	Ф.И.О.			
	Место рождения		Дата рождения	
	Адрес эл. почты*			
	Телефон (мобильный)*		Вид документа, удостоверяющего личность	
	Серия		№	
	Кем выдан			
	Дата выдачи		Код подразделения	
	Адрес регистрации			
	*Для получения информации от Страховщика (в том числе юридически значимых сообщений, включая получение информации о прекращении действия страхования по Полису) и направления информации Страховщику.			
3. ОСНОВНЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ (МОДУЛИ)				
МОДУЛЬ «ЗАЩИТА ОТ СЕРЬЕЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ»	1. Модуль Полиса «ЗАЩИТА ОТ СЕРЬЕЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ» разработан на основании Правил комбинированного личного страхования № 88.2 в редакции, утвержденной Приказом № 115 от 16.03.2023 (далее - Правила № 88.2). Правила № 88.2 размещены по адресу: https://sberbankins.ru/prav882 .			
	2. По модулю «Защита от серьезных болезней» страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования за организацией и оказанием медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования, по лечению впервые выявленных в течение срока страхования особо опасных заболеваний вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, за исключением случаев, предусмотренных разделом 2 Программы страхования. Под лечением особо опасных заболеваний в целях настоящего модуля понимаются следующие виды лечения: 2.1. Лечение онкологии. 2.2. Трансплантация костного мозга (ТКМ). Для полисов, включающих кардио-/нейрохирургию добавляется пункт 2.3: 2.3. Кардио-/нейрохирургия. Виды лечения, предусмотренные Программой страхования для каждого Застрахованного лица, указаны в п. 3 настоящего модуля.			

3. Застрахованные лица		
Ф.И.О.	Дата рождения	Индивидуальные страховые суммы и условия страхования <i>(опциональное отображение)</i>
		Лечение онкологии – 6 000 000 руб. ТКМ – 20 000 000 руб. Территория лечения – Вариант А
		Лечение онкологии, кардио- /нейрохирургия – 6 000 000 руб. ТКМ – 20 000 000 руб. Территория лечения – Вариант А
		Лечение онкологии – 20 000 000 руб. ТКМ – 85 000 000 руб. Территория лечения – Вариант В
		Лечение онкологии, кардио- /нейрохирургия – 20 000 000 руб. ТКМ – 85 000 000 руб. Территория лечения – Вариант В
4. Территория страхования по модулю: РФ. Территория лечения определяется выбранным вариантом страхования: - Вариант А - РФ**, для проведения ТКМ – Весь мир; - Вариант В - Израиль, Испания, Турция, Южная Корея, Российская Федерация***, для проведения ТКМ – Весь мир. **Если лечение недоступно на территории РФ в течение более чем 4 недель с момента признания случая страховым и существует угроза жизни Застрахованного лица, то Страховщик организует лечение на территории следующих стран: Израиль, страны Европы (за исключением Швейцарии), Турция, Южная Корея. *** Если лечение недоступно на территории РФ, Израиля, Турции, Испании, Южной Кореи в течение более чем 4 недель с момента признания случая страховым и существует угроза жизни Застрахованного лица, то территорией лечения является Весь мир.		
5. Выгодоприобретатель по модулю: Застрахованное лицо.		
4. СТРАХОВЫЕ СУММЫ, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ		
Элемент застрахованного имущества/страховые риски		Страховая сумма, руб.
Модуль «Защита от серьезных болезней»		
Обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования за организацией и оказанием медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования, по лечению впервые выявленных в течение срока страхования особо опасных заболеваний		Указывается страховая сумма
4.1. Страховая (-ые) сумма (-ы), предусмотренная (-ые) настоящим Полисом, устанавливается (-ются) на один Период страхования. <i>Если выбран вариант 20 Периодов страхования, равных 3 месяцам, или вариант 60 Периодов страхования, равных 1 месяцу, добавляется абзац ниже:</i> При этом по настоящему Полису на каждый год (12 месяцев) его действия по каждому из включенных в Полис модулей установлен лимит страхового возмещения в размере страховой суммы, установленной в п. 4 настоящего Полиса на каждый период страхования по соответствующему модулю для соответствующего элемента застрахованного имущества/страхового риска.		
4.2. Установленная (-ые) по настоящему Полису страховая (-ые) сумма (-ы) является (-ются) агрегатной (-ыми) (уменьшаемой (-ыми)) и уменьшается (-ются) на величину произведенных страховых выплат.		
4.3. Страховая премия по настоящему Полису составляет _____ руб. за каждый Период страхования.		

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА

5.1. Датой заключения Полиса является дата уплаты страховой премии за первый Период страхования в полном объеме. Полис вступает в силу с даты заключения Полиса и действует до даты окончания действия последнего оплаченного Периода страхования.

5.2. Стороны договорились, что срок действия Полиса и срок действия страхования, обусловленного Полисом, могут не совпадать.

Страхование, обусловленное настоящим Полисом, вступает в силу с _____ и действует в течение оплаченных Периодов страхования.

Страховая премия за первый Период должна быть уплачена до даты вступления в силу страхования, обусловленного настоящим Полисом.

По модулю «Защита от серьезных болезней» установлена временная франшиза, составляющая 90 (девяносто) календарных дней. Течение временной франшизы начинается с 00 час. 00 мин. даты, следующей за датой заключения Полиса. Временной франшизой по модулю «Защита от серьезных болезней» признается период времени, в течение которого все диагностированные заболевания Застрахованного лица не будут признаваться страховыми случаями.

Действие временной франшизы не распространяется на возможность получения Застрахованным лицом консультативных услуг, предусмотренных в п. 4 Особых условий модуля «Защита от серьезных болезней». В случае неуплаты Страхователем страховой премии за очередной Период страхования до даты его начала, действие временной франшизы возобновляется

если выбран вариант 5 Периодов страхования, равных 12 месяцам, или вариант 20 Периодов страхования, равных 3 месяцам добавляется:

на новые 90 (девяносто) календарных дней с даты уплаты страховой премии за очередной Период страхования.

если выбран вариант 60 Периодов страхования, равных 1 месяцу добавляется:

на новые 90 (девяносто) календарных дней с даты уплаты страховой премии за очередной Период страхования, кроме случаев, когда такая страховая премия была уплачена в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты окончания предыдущего оплаченного Периода страхования. Если страховая премия за очередной Период страхования была оплачена в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты окончания предыдущего оплаченного Периода страхования, действие временной франшизы не возобновляется.

5.3. Настоящий Полис включает в себя ____ (____) Периодов страхования, в течение которых может действовать страхование по Полису (далее – Периоды).

Первый Период начинается с даты вступления страхования, обусловленного Полисом, в силу и действует в течение ____ (____) месяца (-ев).

Второй и каждый следующий Период начинается с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой окончания предыдущего Периода, и действует в течение ____ (____) месяца (-ев).

Страхование, обусловленное Полисом, действует только в течение тех Периодов, за которые страховая премия была оплачена до начала такого Периода.

Страхователь вправе по своему усмотрению выбирать Периоды, в течение которых будет действовать страхование по Полису, посредством осуществления уплаты страховой премии за Период до начала такого Периода.

В случае отсутствия уплаты страховой премии за соответствующий Период до начала действия такого Периода, действие Полиса приостанавливается, страхование по Полису в течение такого Периода не действует и события, произошедшие в течение такого Периода, не являются страховыми случаями.

В случае уплаты страховой премии до начала действия следующего за неоплаченным Периодом Периода страхования, Полис возобновляет свое действие с даты начала следующего Периода страхования, и соответствующая страховая премия учитывается в счет уплаты за следующий неоплаченный Период (Периоды).

В рамках модуля «Защита от серьезных болезней» все заболевания Застрахованного лица, диагностированные в течение неоплаченного Периода или в течение действия временной франшизы, в случае последующего возобновления страхования будут классифицированы, как заболевания, диагностированные до начала оплаченного Периода страхования. Страховщик не несет ответственности по заболеваниям, диагностированным до начала оплаченного Периода страхования. Страховщик уведомляет Страхователя о прекращении действия страхования по Полису по указанным выше причинам путем направления сообщения на адрес электронной почты Страхователя, указанный

в Полисе, или на номер мобильного телефона, указанный в настоящем Полисе или в Личный кабинет. 5.4. Если страховая премия за первый Период страхования оплачена в меньшем размере, чем предусмотрено настоящим Полисом, либо позже установленного в п. 5.2 Полиса срока уплаты страховой премии за первый Период страхования, Полис считается незаключенным и не вступившим в силу.

В случае уплаты страховой премии в размере меньшем, чем установлено в настоящем Полисе, либо позже установленного в п. 5.2 Полиса срока уплаты страховой премии за первый Период страхования, денежные средства считаются ошибочно оплаченными и подлежат возврату оплатившему их лицу в безналичном порядке. Возврат ошибочно оплаченных денежных средств осуществляется по письменному заявлению в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения Страховщиком заявления.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Страхователь и Страховщик в рамках правоотношений сторон пришли к соглашению об использовании Страхователем его простой электронной подписи в порядке, размещенном по ссылке <https://sberbankins.ru/usloviya-obrabotki-sbol>.

6.2. При заключении, исполнении, изменении и расторжении Полиса Страховщик и Страхователь принимают на себя обязательство не осуществлять действий, квалифицируемых применимым законодательством как «коррупция», а также иных действий (бездействия), нарушающих требования применимого законодательства, применимых норм международного права в области противодействия коррупции. Термин «коррупция» понимается в значении, определенном в статье 1 Федерального закона от 25.12.2008 № 273-ФЗ «О противодействии коррупции».

6.3. В случае отказа Страхователя от настоящего Полиса в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с даты его заключения, при условии отсутствия в этом периоде события, имеющего признаки страхового случая, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в полном объеме. Возврат страховой премии осуществляется по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Полиса.

6.4. Дополнительно к предусмотренному действующим законодательством РФ «периоду охлаждения» Стороны согласовали условие, что в случае отказа Страхователя от Полиса в течение 5 (пяти) календарных дней с даты начала очередного Периода страхования (начиная со второго Периода), при условии отсутствия в этом Периоде события, имеющего признаки страхового случая, Страховщик возвращает Страхователю страховую премию за соответствующий Период страхования в полном объеме. Возврат страховой премии осуществляется по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Полиса.

6.5. Страхователь вправе отказаться от Полиса в случае непредоставления Страховщиком информации о Полисе, предоставления неполной или недостоверной информации. В случае отказа Страхователя от Полиса по указанному в настоящем подпункте основанию, Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной страховой премии, рассчитанной пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, в срок, не превышающий 7 (семи) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя. Полис считается прекратившим свое действие с 00 часов 00 минут дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Полиса. Положения настоящего пункта применяются при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая (настоящий пункт не применяется в том числе если Страхователем (Выгодоприобретателем) реализовано право на обращение с заявлением о выплате страхового возмещения до момента отказа от Полиса).

6.6. Основания освобождения Страховщика от производства страховой выплаты, исключения из страхования, порядок производства страховой выплаты и другие условия указаны в Правилах страхования, на основании которых разработан соответствующий модуль (далее – Правила страхования). Правила страхования являются неотъемлемой частью настоящего Полиса. Термины и определения, используемые в настоящем Полисе, определение которых дано в Правилах страхования, применяются и толкуются в соответствии с определениями, данными в Правилах страхования. Наименование, дата утверждения и адрес размещения Правил страхования, применяемых по модулю, указаны в разделе 3 настоящего Полиса.

6.7. Настоящий Полис составлен в виде электронного документа и подписан усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением требований Федерального

7. ДЕКЛАРАЦИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ

- надлежащим способом вручения Полиса является направление Полиса на адрес электронной почты Страхователя или в Личный кабинет на сайте Страховщика.

ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ ПО МОДУЛЮ(-ЯМ), ЗАСТРАХОВАННОМУ(-ЫМ) ПО
НАСТОЯЩЕМУ ПОЛИСУ.

СТРАХОВЩИК

_____/М.Ю. Волков/
М.П. подпись ФИО
Действующий на основании Устава

Номера телефонов для получения консультаций по страховым продуктам: 900 — для звонков с мобильного телефона, +7 (495) 500-55-50 — для звонков из любой точки мира, сайт: sberbankins.ru

ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ ПО МОДУЛЮ(-ЯМ), ЗАСТРАХОВАННОМУ(-ЫМ) ПО ПОЛИСУ**Особые условия (Программа добровольного медицинского страхования) по модулю «Защита от серьезных болезней»:**

В рамках модуля «Защита от серьезных болезней» Страховщик организует и оплачивает следующие виды лечения:

- Лечение онкологических заболеваний. Под онкологическим заболеванием понимается любое злокачественное новообразование, характеризующееся неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, проникающих в ткани организма, а также рак in situ. Рак in situ — злокачественная опухоль на начальных стадиях развития, особенностью которой является скопление гистологически измененных клеток без прорастания в подлежащую ткань, лимит страховой суммы на лечение рака in situ составляет 425 000 (четыреста двадцать пять тысяч) рублей. Диагноз должен быть документально подтвержден результатами гистологических или (в случае системных злокачественных новообразований) цитологических исследований.

По настоящему модулю страхованием не покрываются и страховыми случаями не являются обращения Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских и иных услуг в связи с впервые установленными в течение срока действия Полиса диагнозами:

- злокачественные опухоли кожи (кроме меланомы);
- хроническая лимфоцитарная лейкемия;
- любые виды заболеваний протекающих на фоне ВИЧ-инфекции или СПИДа (включая саркому Капоши).

- Трансплантация костного мозга (далее — ТКМ).

Для полисов, включающих кардио-/нейрохирургию добавляется пункт:

- Кардио-/нейрохирургия. Кардиохирургия — аортокоронарное шунтирование, замена сердечного клапана, каротидная ангиография, стентирование, эндартерэктомия, хирургия сердечного клапана, септальная миомэктомия, установка кардиостимулятора, катетеризация сердца, сосудистая хирургия (за исключением лечения варикозного расширения вен), операции в связи с приобретенными пороками сердца, операции в связи с дефектами перегородки (межжелудочковой/межпредсердной). Нейрохирургическая операция — любое плановое хирургическое вмешательство, рекомендованное нейрохирургом, на мозге или других внутричерепных структурах, хирургические вмешательства при доброкачественных опухолях спинного мозга и его оболочек, лечение последствий травм. Диагноз, послуживший причиной лечения, должен быть установлен впервые во время срока страхования. По настоящему модулю страхованием не покрываются и страховыми случаями не являются обращения Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских и иных услуг в связи с впервые установленными в течение срока действия Полиса любыми формами поражений сердечных клапанов в результате эндокардита, вызванного венерическими заболеваниями (инфекциями, передающимися преимущественно половым путем), а также коронарная ангиография до постановки диагноза.

Виды лечения, предусмотренные Программой страхования для каждого Застрахованного лица, указаны в п. 3 настоящего модуля.

1. Объем предоставляемых при наступлении страхового случая медицинских и иных услуг:

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь.

1.1.1. Приемы, консультации и оказание помощи врачами-специалистами, включая подтверждение ранее установленного диагноза (второе медицинское мнение).

1.1.2. Общие манипуляции и процедуры (инъекции, забор биоматериалов и др.).

1.1.3. Диагностические медицинские вмешательства: лабораторные и инструментальные исследования.

1.1.4. Хирургические амбулаторные вмешательства.

1.1.5. перевязочный материал, лекарственные препараты, расходные материалы.

1.1.6. Физиотерапия.

1.1.7. Предгоспитализационная подготовка.

1.2. Плановая стационарная помощь (включая стационар одного дня, дневной стационар).

1.2.1. Приемы, консультации, оказание помощи врачами-специалистами, включая подтверждение ранее установленного диагноза (второе медицинское мнение). В том числе модулем покрывается пребывание в стационаре с целью диагностического обследования в случае, если по прибытии Застрахованного на лечение изначальный диагноз опровергается.

- 1.2.2. Пребывание в 1–2-местных палатах, питание и уход медицинского персонала.
- 1.2.3. Послеоперационный индивидуальный медицинский пост (по медицинским показаниям) — до 8 (восьми) дней по каждой госпитализации.
- 1.2.4. Диагностические медицинские вмешательства: лабораторные и инструментальные исследования.
- 1.2.5. Лечебные медицинские вмешательства (кроме имплантации): плановое хирургическое лечение, химиотерапия, лучевая терапия, иммунотерапия, гормонотерапия.
- 1.2.6. Имплантация молочных желез в целях реконструктивного лечения, проводимого в результате резекции/удаление молочной железы. Включая стоимость имплантатов на сумму не более 900 000 (девятьсот тысяч) рублей для программ с лечением на территории РФ и 1 150 000 (одного миллиона ста пятидесяти тысяч) рублей для программ с лечением за рубежом в течение каждого года (12 месяцев) действия Полиса по одному страховому случаю.
- 1.2.7. Оперативное и анестезиологическое пособие, реанимационные мероприятия.
- 1.2.8. перевязочный материал, лекарственные препараты, расходные материалы.
- 1.2.9. Физиотерапия.
- 1.3. Скорая медицинская помощь и помощь на дому.
- 1.3.1. Транспортировка бригадой скорой медицинской помощи в ближайший стационар по экстренным показаниям в рамках лечения, предусмотренного настоящей Программой.
- 1.3.2. Вызов на дом врача — терапевта и/или врача-специалиста в рамках лечения, предусмотренного настоящей Программой.
- 1.3.3. Сестринский уход на дому в пределах 100 (ста) дней в течение каждого года (12 месяцев) действия Полиса по одному страховому случаю.
- 1.4. Лекарственное обеспечение.
- 1.4.1. Лекарственные препараты по рецептам лечащего врача поликлиники, назначенные в связи с лечением, предусмотренным настоящей Программой.
- 1.4.2. Лекарственные препараты, назначенные врачом стационара, необходимые для проведения лечения, предусмотренного настоящей Программой.
- 1.5. Организация проезда к месту лечения и обратно: оплата билета экономкласса (авиа/ЖД) для Застрахованного и одного сопровождающего лица (двух сопровождающих для несовершеннолетних Застрахованных), встреча в аэропорту (вокзале), медицинская транспортировка от аэропорта/вокзала на машине скорой помощи (по медицинским показаниям) или на такси до отеля или в медицинское учреждение, где будет проводиться лечение. Лимит страхового возмещения по данному разделу Программы равен 400 000 (четыреста тысяч) рублей в течение каждого года (12 месяцев) действия Полиса.
- 1.6. Оплата проживания Застрахованного и одного сопровождающего лица (двух сопровождающих для несовершеннолетних Застрахованных) в гостинице (3 или 4 звезды), включая завтрак и услуги, включенные в стоимость номера. Выбор отеля производится представителем Страховщика с учетом доступности и близости к медицинскому учреждению, в котором будет проводиться лечение.
- 1.7. Транспортировка Застрахованного и сопровождающего лица на такси из отеля и обратно при необходимости нескольких посещений медицинской организации во время лечения.
- 1.8. Репатриация останков Застрахованного лица до аэропорта, ближайшего к месту постоянного проживания (в случае смерти при нахождении на лечении в рамках настоящей Программы вне региона постоянного места жительства). Лимит страхового возмещения по данному разделу Программы равен 500 000 (пятьсот тысяч) рублей.
- 1.9. Содействие в оформлении визы с целью прохождения лечения для Застрахованного и одного сопровождающего лица. Оплата визового сбора осуществляется за счет Застрахованного.
- 1.10. Услуги устного и письменного перевода во время лечения Застрахованного лица.
- 1.11. Трансплантация костного мозга (ТКМ).
- 1.11.1. Обследование и лечение Застрахованного лица перед проведением трансплантации.
- 1.11.2. Госпитализация на срок до 30 (тридцати) дней перед выполнением трансплантации и до 335 (трехсот тридцати пяти) дней после выполнения трансплантации. Услуги врачей и медицинского персонала лабораторные и инструментальные исследования, перевязочный материал, лекарственные препараты, расходные материалы.
- 1.11.3. Поиск костного мозга, его хранение и перевозка на место проведения трансплантации. Лимит страхового возмещения по данному разделу Программы равен 2 000 000 (два миллиона) рублей.
- 1.11.4. Специальная медицинская транспортировка и переезд из аэропорта в больницу, если

Застрахованный по медицинским показаниям не в состоянии лететь обычным коммерческим рейсом. Лимит страхового возмещения по данному разделу Программы равен 2 000 000 (два миллиона) рублей.

1.11.5. Оплата проживания Застрахованного и одного сопровождающего лица (двух сопровождающих для несовершеннолетних Застрахованных) в гостинице (3 или 4 звезды), включая завтрак и услуги, включенные в стоимость номера. Выбор отеля производится представителем Страховщика с учетом доступности и близости к медицинскому учреждению, в котором будет проводиться лечение. Лимит страхового возмещения по данному разделу Программы равен 4 200 000 (четыре миллиона двести тысяч) рублей в течение каждого года (12 месяцев) действия Полиса.

1.11.6. Расходы на приезд врача-специалиста в РФ для выполнения трансплантации. Лимит страхового возмещения по данному разделу Программы равен 9 000 000 (девять миллионов) рублей.

В рамках модуля «Защита от серьезных болезней» гарантируется выполнение не более, чем одной трансплантации в течение каждого года (12 месяцев) действия Полиса. Каждая повторная трансплантация будет считаться отдельным страховым случаем. При непрерывной пролонгации модуля/ Полиса «Защита от серьезных болезней» на новый срок Страховщик гарантирует до 5 (пяти) трансплантаций за весь срок действия нового Полиса.

Программой не предусмотрена организация медицинской помощи до признания случая страховым в соответствии с порядком, описанным в разделе 3 настоящей Программы.

Термины и определения:

- под лабораторными исследованиями в настоящей Программе понимаются: гематологические исследования; генетические исследования; бактериоскопические исследования; биохимические исследования; иммунологические исследования; клинико-морфологические (гистологические) исследования; культуральные исследования; микробиологические исследования; общеклинические исследования; онкогематологические исследования; серологические исследования; цитологические исследования; цитохимические исследования;
- под инструментальными исследованиями в настоящей Программе понимаются: электрокардиография; ультразвуковое исследование; эхокардиография; электроэнцефалография; эндоскопическое исследование; рентгенография; флюорография; компьютерная томография; магнитно-резонансная томография; радионуклидное исследование; лазерная доплеровская флоуметрия; радиоизотопная диагностика; позитронно-эмиссионная томография;
- под лекарственными препаратами понимаются лекарственные средства, выписанные врачом в соответствии с назначенным лечением, исключая любые пищевые добавки, укрепляющие/тонизирующие средства, минеральную воду, косметические средства, гигиенические средства, средства по уходу за телом, а также добавки для ванн;
- под перевязочными материалами понимается медицинские изделия, применяемые для наложения повязок, осушения раны при перевязках и операциях, для тампонады, используемые для оказания медицинской помощи, включая, но не ограничиваясь: салфетки, бинты, тампоны, пластыри, покрытия раневые;
- под расходными материалами в настоящей Программе понимаются все необходимые для хирургической операции и других видов лечения материалы, включая, но не ограничиваясь: стенты, катетеры, дренажи, перевязочные средства, одноразовые шприцы, капельницы, аппараты искусственного дыхания и проч.

2. Услуги, не подлежащие оплате по модулю «Защита от серьезных болезней»:

2.1. По настоящему модулю не подлежат оплате следующие услуги:

2.1.1. оказанные в связи с лечением заболеваний, не предусмотренных настоящей Программой;

2.1.2. лечение и иные медицинские манипуляции, не предусмотренные настоящей Программой.

2.1.3. оказанные лицу, не являющемуся Застрахованным по Полису;

2.1.4. оказанные вне оплаченных Периодов страхования, кроме случаев, прямо предусмотренных настоящей Программой;

2.1.5. необходимость оказания которых возникла в связи с нарушением Застрахованным лицом предписаний лечащего врача, правил и распорядка нахождения на лечении в медицинских организациях;

2.1.6. прямо не предусмотренные настоящей Программой;

2.1.7. психириургия;

2.1.8. по лечению, связанному с родовыми травмами и/или врожденными пороками развития;

2.1.9. выполняемые в эстетических и/или косметических целях, кроме операции по реконструкции молочных желез после резекции/удаления молочной железы, проведенной в рамках Программы

страхования и в соответствии с ее условиями;

2.1.10. не назначенные Застрахованному лицу лечащим врачом, либо не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения предусмотренного Программой заболевания;

2.1.11. связанные с применением экспериментальных методов лечения.

2.1.12. полученные Застрахованным лицом в медицинских и иных организациях, не предусмотренных в Программе страхования или выбор которых не был согласован Страховщиком.

2.2. Не являются страховым случаем события, произошедшие:

2.2.1. в связи с заболеванием, диагностированным вне оплаченного Периода страхования;

2.2.2. в связи с расстройством здоровья, наступившим в местах лишения свободы, содержания под стражей;

2.2.3. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате профессиональной деятельности Застрахованного лица, непосредственно связанной с химическими веществами и газами (включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины), со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, с микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями;

2.2.4. в связи с ранее существовавшими заболеваниями и состояниями, диагностированными или о которых было известно Застрахованному до даты начала действия страхования;

Исключения для полисов, включающих кардио-/нейрохирургию

2.2.5. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате управления Застрахованным лицом транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

2.2.6. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом противоправных деяний, а также в результате совершения или подготовки террористического акта;

2.2.7. в связи с причинением себе телесных повреждений, а также покушения на самоубийство, в том числе, связанных с психическими заболеваниями или расстройствами поведения, алкогольной/наркотической зависимостью, токсикоманией;

2.2.8. в связи со службой Застрахованного лица в различных вооруженных силах, в том числе, но не ограничиваясь: службы в армии, полиции, пожарной бригаде, службе исполнения наказаний;

2.2.9. в связи с заболеваниями и/или состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), включая мутацию или другие подобные изменения.

3. ПОРЯДОК И СРОКИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ ПО МОДУЛЮ

3.1. По предусмотренным модулем страховым случаям Страховщик в счет страховой выплаты организывает оказание и осуществляет оплату медицинских и иных услуг, лекарственных препаратов.

3.2. Организация и оказание медицинских и иных услуг Застрахованным лицам осуществляется Страховщиком с привлечением Сервисной компании и/или медицинских/фармацевтических организаций. Выбор медицинской организации осуществляет Страховщик / Сервисная компания.

3.3. Страховщик производит оплату оказанных Застрахованным лицам медицинских и иных услуг (предоставленных лекарственных препаратов), предусмотренных Программой, непосредственно Сервисной компании и/или медицинской/фармацевтической организации, организующим и оказывающим такие услуги (предоставляющим лекарственные препараты).

По согласованию со Страховщиком (Сервисной компанией), осуществленному путем обращения Застрахованного лица в круглосуточный контакт-центр Страховщика (Сервисной компании), может быть произведено возмещение расходов Застрахованного лица/Законного представителя на приобретение назначенных ему в связи со страховым случаем лекарственных препаратов.

Для получения возмещения стоимости лекарственных препаратов, Застрахованный должен направить Страховщику (Сервисной компании) копии (при сумме возмещения выше 300 000 (триста тысяч) рублей

– оригиналы) следующих документов:

- оригинал заявления на возмещение стоимости лекарственных препаратов;
- оригинал или копия Полиса;
- документ, подтверждающий уплату страховой премии;

- документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица/Законного представителя Застрахованного лица или фотоизображение Застрахованного лица/Законного представителя Застрахованного лица с документом, удостоверяющим личность;
- свидетельство о рождении (для несовершеннолетних Застрахованных лиц);
- документ, подтверждающий статус законного представителя Застрахованного лица;
- доверенность представителя Застрахованного лица, если интересы Застрахованного лица представляет уполномоченное лицо;
- документ, содержащий полные банковские реквизиты Застрахованного лица, для перечисления страхового возмещения, ИНН (при наличии), адрес электронной почты Застрахованного лица/Законного представителя – для направления чека ККТ; рецептов на лекарственные препараты или назначений, зафиксированных в выписке из амбулаторной карты или истории болезни;
- документов, подтверждающих оплату Застрахованным лицом/Законным представителем лекарственных препаратов (кассовый чек и т.д.).

Решение об осуществлении страховой выплаты и выплата страхового возмещения за лекарственные препараты или решение об отказе в осуществлении страховой выплаты принимается Страховщиком в срок не позднее 30 (тридцати) календарных дней после получения последнего из необходимых документов.

В случае принятия решения об отказе в осуществлении страховой выплаты Страховщик направляет Страхователю (Законному представителю) мотивированный отказ в страховой выплате в срок не позднее 3 (трех) рабочих дней с даты принятия решения об отказе в выплате страхового возмещения.

3.4. В целях организации и оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг / предоставления лекарственных препаратов, предусмотренных Программой, при наступлении страхового случая (с даты установления Застрахованному диагноза заболевания, подлежащего лечению в соответствии с условиями Полиса) Застрахованное лицо должно:

3.4.1. незамедлительно, до начала лечения, обратиться к Страховщику (в Сервисную компанию) по телефонам, указанным в Полисе, и сообщить информацию о необходимых медицинских и иных услугах и о расстройстве здоровья (в т.ч. поставленном диагнозе) потребовавшем организации и оказания ему таких услуг;

3.4.2. предоставить документ, удостоверяющий личность, и сообщить номер и дату Полиса (с предъявлением по требованию оригинала Полиса), а также предоставить согласие на обработку персональных данных;

3.4.3. предоставить по запросу Страховщика или Сервисной компании следующие документы (с учетом того, что применимо):

- Полис;
- Документ, удостоверяющий личность;
- заявление с подробным описанием обстоятельств наступления страхового случая;
- платежные документы, подтверждающие уплату страховой премии;
- медицинские документы (копии) из лечебно-профилактического учреждения (выписка из медицинской карты амбулаторного/стационарного больного, выписной эпикриз из истории болезни), с указанием диагноза, сроков лечения, результатов обследования и другой медицинской информации о состоянии здоровья Застрахованного лица;
- заключение врача-специалиста в предметной области (в частности, онколога, кардиолога, и др.) с указанием диагноза, анамнез заболевания;
- результаты лабораторных, инструментальных и прочих исследований, дополнительных методов исследования, проведенных Застрахованному лицу, на основании которых ему был установлен диагноз, цитологические и/или гистологические препараты (при необходимости);
- копию выписки из медицинской карты амбулаторного больного, содержащую информацию об имевшихся у Застрахованного лица заболеваниях на протяжении 10 (десяти) лет до заключения Полиса;
- копию медицинских документов из онкологического диспансера по месту жительства, содержащих информацию об обращениях за последние 5 (пять) лет (при диагностировании онкологического заболевания).

3.5. После получения заявления о страховом случае и полного пакета документов Страховщик (Сервисная компания) в течение 3 (трех) рабочих дней со дня получения указанных в настоящем пункте документов проводит анализ полученных документов.

3.6. В случае предоставления неполного комплекта документов и необходимости предоставления

дополнительной информации для принятия решения Страховщик (Сервисная компания) в течение 3 (трех) рабочих дней информирует об этом Застрахованного.

3.7. Срок рассмотрения предоставленных дополнительных документов составляет не более 5 (пяти) рабочих дней со дня их предоставления.

3.8. При признании случая не страховым Страховщик (Сервисная компания) в течение 3 (трех) рабочих дней с даты принятия решения об отказе направляет мотивированный письменный отказ Застрахованному лицу.

3.9. При признании случая страховым Страховщик (Сервисная компания) организует предусмотренные Полисом медицинские и иные услуги.

3.9.1. Страховщик (Сервисная компания) предоставляет Застрахованному личного куратора, отвечающего за коммуникацию с Застрахованным по всем вопросам предоставления услуг в рамках Программы страхования в процессе урегулирования его страхового случая. Куратор также отвечает за взаимодействие с медицинскими организациями и другими провайдерами услуг, предусмотренных Программой страхования.

3.9.2. Страховщик (Сервисная компания) предоставляет Застрахованному контакты круглосуточного мультиязычного колл-центра для срочных обращений 24/7.

3.9.3. При необходимости штатные психологи Сервисной компании оказывают психологическую помощь Застрахованному или его близким. Услуга предоставляется по рекомендации куратора. Сеансы проводятся по телефону, без ограничения по длительности и количеству сеансов.

3.9.4. Страховщик (Сервисная компания) направляет Застрахованному лицу в электронном виде план лечения.

3.9.5. Застрахованное лицо в течение 3 (трех) рабочих дней после получения плана лечения подтверждает готовность пройти лечение, либо направляет свои мотивированные возражения.

3.9.6. При получении от Застрахованного лица мотивированных возражений по предоставленному плану лечения и перечню медицинских услуг Страховщик (Сервисная компания) предлагает альтернативные варианты предоставления медицинских услуг для принятия окончательного решения. План лечения должен быть согласован Застрахованным лицом путем направления сообщения о своем согласии на проведение лечения по электронной почте или через обращение в контакт центр Страховщика (Сервисной компании) по указанному в Полисе телефону.

3.9.7. Выбор клиники для проведения лечения Застрахованного осуществляется Страховщиком (Сервисной компанией) с учетом положений п. 3.9.6.

3.9.8. Страховщик (Сервисная компания) в течение 7 (семи) рабочих дней с даты согласования Застрахованным лицом плана лечения предоставляет Застрахованному на указанную им в разделе 2 Полиса электронную почту памятку о медицинских организациях, содержащую информацию о выбранных клиниках и/или медицинском специалисте, контактную информацию клиники и т.д.

3.9.9. Выбор медицинской организации из числа предложенных в соответствии с п. 3.9.8 и дата начала лечения согласовывается Страховщиком (Сервисной компанией) с Застрахованным с использованием средств коммуникации, предусмотренных разделом 2 настоящего Полиса.

3.9.10. Предоставление медицинских услуг должно быть организовано Страховщиком (Сервисной компанией) в срок до 14 (четырнадцати) рабочих дней с даты согласования Застрахованным лицом плана лечения и выбора медицинской организации, в соответствии с условиями п. 3.9.8.

3.9.11. В случае, если обращение по страховому случаю было совершено Застрахованным лицом в течение срока действия настоящего Полиса (в течение оплаченного Периода), и согласованное Страховщиком лечение по данному страховому случаю не может быть завершено до истечения срока страхования, то Страховщик вправе принять на себя обязательства по оплате лечения, но только в условиях стационара и на срок не более 120 (ста двадцати) последовательных дней после завершения настоящего Полиса (Периода, за который страховая премия была уплачена до начала такого Периода) при годовой рассрочке уплаты страховой премии, либо не более 30 (тридцати) дней при ежемесячной или ежеквартальной рассрочке уплаты страховой премии.

4. Консультирование по возможностям лечения Застрахованных лиц в системе ОМС. В рамках модуля «Защита от серьезных болезней» могут быть предоставлены следующие информационные услуги:

4.1. консультирование Застрахованного относительно возможностей прохождения диспансеризации в рамках ОМС, по своевременному выявлению онкологических, сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний головного и спинного мозга;

4.2. консультирование Застрахованного по выбору профильной медицинской организации для лечения по ОМС;

4.3. консультирование Застрахованного по перечню необходимых обследований для постановки диагноза и лечения онкологии, сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний головного и спинного мозга;

4.4. консультирование по возможностям получения медицинской помощи в системе ОМС: государственные гарантии на получение бесплатной медицинской помощи, порядок получения ВМП (высокотехнологичной медицинской помощи), оформления инвалидности и т.п.

Действие временной франшизы не распространяется на возможность получения Застрахованным информационных услуг по настоящему модулю «Защита от серьезных болезней».

5. Не принимаются на страхование и не являются Застрахованными лицами следующие категории лиц:

5.1. лица, не отвечающие одному или нескольким требованиям, указанным в п. 7.1 условий страхования, размещенных в электронном виде по адресу: <https://sberbankins.ru/usloviya-obrabotki-sbol>;

5.2. лица, возраст которых более 70 (семидесяти) полных лет на дату заключения настоящего модуля;

5.3. лица, страдающие психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения;

5.4. лица, состоящие на учете (наблюдении) в наркологическом, психоневрологическом диспансерах;

5.5. лица, находящиеся под следствием, заключенные под стражу, отбывающие наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы;

5.6. больные СПИДом или инфицированные вирусом иммунодефицита;

5.7. инвалиды I, II или III группы, дети, имеющие категорию «ребенок-инвалид», или лица, имеющие действующее направление на медико-социальную экспертизу.

6. Условия, указанные в п. 5 Особых условий модуля «Защита от серьезных болезней», являются существенными. Если после заключения настоящего Полиса будет установлено, что Застрахованное лицо подпадает под одну из вышеперечисленных категорий, о чем Страхователь не уведомил Страховщика, Полис в отношении такого Застрахованного лица является незаключенным ввиду несогласованности Сторонами существенных условий. Уплаченная за таких лиц страховая премия подлежит возврату Страхователю в полном объеме не позднее 5 (пяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя с указанием реквизитов для перечисления. В отношении лиц, указанных в настоящем пункте, договор страхования может быть заключен на индивидуальных условиях, с учетом повышенной степени риска, вызванной обстоятельствами, указанными в настоящем пункте.