

Правила участия в Программе коллективного страхования «Детское онкострахование» Банка ВТБ (ПАО)

Настоящие Правила участия в Программе коллективного страхования «Детское онкострахование» Банка ВТБ (ПАО) (далее – Правила) определяют общие условия и порядок предоставления Клиентам услуги Банка ВТБ (ПАО) (далее – Банк) по организации страхования имущественных интересов Застрахованного лица, связанных с организацией и оплатой медицинских и иных услуг на условиях, предусмотренных Программой обслуживания «Детское онкострахование» (далее – Программа страхования).

Банк с целью ознакомления Клиентов с Правилами размещает их путем опубликования информации на Сайте Банка в порядке, установленном разделом 5 настоящих Правил.

1. Термины и определения

В рамках настоящих Правил используются следующие термины и определения:

Временная франшиза – период времени равный 1 (Одному) календарному месяцу с первого календарного дня Первого периода страхования, в течение которого Страховщик освобождается от обязательств по осуществлению страхового возмещения при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая. События, имеющие признаки страхового случая, произошедшие в течение действия Временной франшизы, Страховыми случаями не признаются. Временная франшиза применяется только в Первом периоде страхования.

ВТБ-Онлайн – система дистанционного банковского обслуживания Банка, доступ к которой предоставляется Клиенту в соответствии с договором дистанционного банковского обслуживания физических лиц в Банке ВТБ (ПАО).

Доверенный номер телефона (ДНТ) – номер мобильного телефона Клиента, предоставленный Клиентом Банку при заключении договора дистанционного банковского обслуживания физических лиц в Банке ВТБ (ПАО) на основании соответствующего заявления, применяемый для направления Банком Клиенту юридически значимой информации. В один момент времени у Клиента может быть только один ДНТ. При отсутствии в Банке сведений, предоставленных и подтвержденных Клиентом, о выбытии из пользования ДНТ:

- SMS-сообщения, направленные Банком с номера 2424 на ДНТ Клиента, признаются полученными Клиентом;
- SMS-сообщения, полученные Банком на номер 2424 с ДНТ Клиента, признаются направленными Клиентом.

Договор – договор оказания услуги по организации страхования, заключаемый / заключенный между Банком и Клиентом на условиях настоящих Правил.

Договор страхования – договор коллективного медицинского страхования, заключенный между Страховщиком и Страхователем в отношении Застрахованных лиц в целях реализации Программы страхования.

Застрахованное лицо – каждый из детей Участника в возрасте до 18 (Восемнадцати) лет, а также зачатые до наступления Периода страхования и родившиеся в Период страхования дети Участника, не попадающие в числе исключений из страхования. Дети Участника для целей Договора признаются лицами, которым Участник приходится родителем, или приемным родителем, или усыновителем, или опекуном, или попечителем.

Карточный счет – банковский (текущий) счет физического лица, открываемый Банком физическим лицам для учета денежных средств по операциям, совершаемым с использованием банковских карт платежной системы МИР или их реквизитов в соответствии с договором о предоставлении и использовании банковских карт Банка ВТБ (ПАО).

Клиент – держатель банковской карты платежной системы МИР, эмитированной Банком и предоставленной Клиенту для осуществления расчетов по его Карточному счету.

Офис Банка – дополнительный офис филиала Банка, региональный операционный офис филиала Банка, операционный офис филиала Банка.

Период страхования – период времени равный 12 (Двенадцати) календарным месяцам, в течение которого возникают обязательства Страховщика по организации и оплате медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования, при наступлении Страхового случая, за исключением действия Временной франшизы (если применимо). Датой начала Периода страхования является первое число календарного месяца, следующего за месяцем, в котором Клиент акцептовал предложение Банка/Банк акцептовал предложение Клиента о заключении

Договора в порядке, установленном настоящими Правилами.

Первый период страхования – Период страхования по впервые заключенному Договору, а также последующим Договорам, заключенным по истечении 1 (Одного) календарного месяца с момента окончания действия предыдущего Договора.

Правила страхования – «Правила добровольного медицинского страхования» в редакции от 07.05.2019 размещаются Страховщиком для ознакомления на сайте Страховщика: <https://www.tyumen-polis.ru>.

Программа обслуживания «Детское онкострахование» – документ Страховщика, разработанный на основании Правил страхования, устанавливающий перечень страховых рисков на случай реализации которых распространяется действие страховой защиты, исключения из страхования, порядок действий при наступлении события, имеющего признаки Страхового случая, порядок определения размера страховой суммы и иные условия страхования. Программа обслуживания «Детское онкострахование», размещается Банком для ознакомления на Сайте Банка по адресу: <https://www.vtb.ru/personal/drugie-uslugi/strahovye-i-servisnye-produkty/medicinskie-programmy/detskoye-onkostrakhovaniye/>. В случае если какие-либо положения Правил страхования противоречат Программе обслуживания, преимущественную силу имеет Программа обслуживания.

Сайт Банка – официальный сайт Банка ВТБ (ПАО) в телекоммуникационной сети Интернет, размещенный по адресу: www.vtb.ru.

Сервисная компания – специализированная организация, привлекаемая Страховщиком в целях обеспечения организации медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования.

Страхователь – Банк ВТБ (ПАО) (Генеральная лицензия на осуществление банковских операций № 1000), Адрес места нахождения: Россия, 191144, г. Санкт-Петербург, Дегтярный переулок, д. 11, лит. А, ИНН: 7702070139, ОГРН: 1027739609391. Единая справочная служба: 8-800-100-24-24.

Страховой случай – событие, предусмотренное Программой обслуживания, при наступлении которого в Период страхования, за исключением действия Временной франшизы, у Страховщика возникает обязанность по организации и оплате медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой обслуживания в отношении Застрахованного лица.

Страховщик – ООО СК «Тюмень-Полис», лицензия СЛ № 1623, СИ № 1623, адрес места нахождения: Россия, 625026, г. Тюмень, ул. Малыгина, д.84, контактный номер телефона: +7 (3452) 390-584, 390-550. Официальный сайт Страховщика: www.tyumen-polis.ru.

Участник – Клиент, заключивший с Банком Договор на условиях и в порядке, установленном настоящими Правилами, которому подтверждено включение в число Участников.

SMS-сообщение – сообщение по технологии сотовой связи «Short Message Service»:

- направляемое Банком с номера 2424 на ДНТ Клиента, содержащее предложение Банка о заключении Договора и/или

- направляемое Клиентом с его ДНТ Банку на номер 2424 в ответ на предложение Банка о заключении Договора, содержащее акцепт предложения Банка о заключении Договора и/или

- направляемое Банком с номера 2424 на ДНТ Клиента, содержащее подтверждение Банка о включении Клиента в число Участников и сведения о дате начала страхования.

Оплата услуг оператора связи, в том числе исходящие SMS-сообщения, осуществляется в размере и в порядке, установленном оператором связи.

2. Заключение Договора и участие Клиента в Программе страхования

2.1. Заключая Договор, Клиент присоединяется к настоящим Правилам в порядке ст. 428 Гражданского кодекса Российской Федерации.

2.2. Банк вправе предложить заключить Договор Клиентам, получающим на Карточный счет государственные пособия для граждан, имеющих детей, из числа (не менее одного) следующих пособий и выплат (далее – Пособия):

- пособие по беременности и родам;

- единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности;

- единовременное пособие при рождении ребенка;

- ежемесячное пособие беременным женщинам, оказавшимся в сложных условиях и вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности;

- ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет;

- ежемесячная выплата на первого и второго ребенка до 3 лет;

- ежемесячные выплаты на детей с 3 до 7 лет;
- ежемесячное пособие на детей из неполных семей с 8 до 17 лет;
- единовременная выплата на школьников и будущих первоклассников от 6 до 18 лет (в 2021 году).

2.3. Заключение Договора осуществляется в следующем порядке:

2.3.1. Банк направляет Клиенту предложение (оферту) о заключении Договора на условиях настоящих Правил в форме SMS-сообщения с номера 2424 на ДНТ Клиента.

2.3.2. При намерении заключить с Банком Договор Клиент в срок, не превышающий 5 (Пять) календарных дней со дня получения от Банка SMS-сообщения, указанного в подпункте 2.3.1 настоящих Правил, выражает согласие (акцептует) с предложением Банка путем направления с ДНТ на номер 2424 ответного SMS-сообщения, в содержании которого указывает одну арабскую цифру «1» (иные значения, комбинации из цифр, символов, букв, содержащие арабскую цифру «1» не допускаются). Акцептуя предложение Банка Клиент подтверждает, что ознакомлен и согласен с Правилами, выражает согласие на передачу Страховщику сведений, указанных в подпункте 5.2 настоящих Правил.

2.3.3. При получении акцепта – ответного SMS-сообщения на предложение о заключении Договора с ДНТ Клиента, в содержании которого указана арабская цифра «1», Банк подтверждает включение Клиента в число Участников и информирует о дате начала страхования путем направления соответствующего SMS-сообщения с номера 2424 на ДНТ Клиента.

2.4. Договор также может быть заключен:

2.4.1. Путем акцепта предложения Банка о заключении Договора, направленного Клиенту посредством ВТБ-Онлайн (при наличии технической возможности). В срок, не превышающий 5 (Пять) календарных дней со дня получения от Банка соответствующего предложения в ВТБ-Онлайн, при намерении заключить Договор Клиент акцептует предложение Банка и подтверждает ознакомление и согласие с настоящими Правилами, согласие на передачу сведений в отношении Участника, указанных в подпункте 5.2 настоящих Правил, в порядке, установленном договором дистанционного банковского обслуживания физических лиц в Банке ВТБ (ПАО), заключенным между Клиентом и Банком. Банк подтверждает включение Клиента в число Участников и информирует о дате начала страхования путем направления соответствующего SMS-сообщения с номера 2424 на ДНТ Клиента.

2.4.2. Путем подачи в Офисе Банка Клиентом заявления, составленного по форме, установленной Банком, подписанного Клиентом в Офисе Банка на бумажном носителе в двух экземплярах, по одному для Клиента и Банка. При подписании заявления Клиент присоединяется к настоящим Правилам в целом. Банк акцептует предложение Клиента о заключении Договора путем подписания работником Банка заявления, предоставленного и подписанного Клиентом, с указанием даты акцепта.

2.5. Договор считается заключенным с первого дня календарного месяца, следующего за месяцем, в котором Клиент акцептовал предложение Банка о заключении Договора в порядке, установленном пунктами 2.3.2, 2.4.1 настоящих Правил, либо в котором Банк акцептовал предложение Клиента о заключении Договора в порядке, установленном пунктом 2.4.2 настоящих Правил. Срок действия Договора 12 (Двенадцать) календарных месяцев.

2.6. При неполучении Банком в срок, установленный:

2.6.1. подпунктом 2.3.2 настоящих Правил, ответного SMS-сообщения от Клиента или если SMS-сообщение от Клиента поступит по истечении указанного срока, или если ответное SMS-сообщение будет содержать арабскую цифру «1» в комбинации цифр и/или символов, и/или букв;

2.6.2. подпунктом 2.4.1 настоящих Правил, акцепта предложения Банка о заключении Договора посредством ВТБ-Онлайн,

обязанности Банка по организации страхования Клиента по Программе страхования не возникает.

3. Предмет Договора

3.1. На основании Договора, заключенного в порядке, установленном разделом 2 настоящих Правил Банк оказывает Клиенту услугу по организации страхования имущественных интересов Застрахованных лиц, связанных с организацией и оплатой медицинских и иных услуг, в связи с наступлением в Период страхования (за исключением Временной франшизы) Страхового случая на условиях настоящих Правил (далее – Услуга).

3.2. Банк оказывает Услугу без взимания вознаграждения.

3.3. Условия страхования, на которых Банк организует страхование, включая виды Страховых случаев, исключения из страхования, порядок расчета страховой суммы, порядок обращения по

Страховым случаям, перечень предоставляемых медицинских и иных услуг, в зависимости от Страховых случаев определены в Приложении к настоящим Правилам.

3.4. Права и обязанности Застрахованных лиц в рамках получения услуги страхования определяются Правилами страхования и Программой обслуживания.

4. Расторжение Договора, прекращение участия в Программе страхования

Клиент вправе отказаться от участия в Программе страхования, обратившись в Банк (лично) с письменным заявлением. Прекращение участия в Программе страхования (исключение его из числа Участников) является основанием для прекращения Договора.

5. Прочие условия

5.1. Банк не осуществляет / не участвует в организации медицинских и иных условий в рамках Программы страхования, не несет ответственности за любые убытки, понесенные Застрахованным лицом/Участником в результате действия либо бездействия Застрахованного лица/Участника и/или Страховщика и/или третьих лиц.

5.2. Заключая Договор в порядке, предусмотренном настоящими Правилами, Клиент:

- предоставляет согласие Банку на передачу Страховщику в целях организации страхования имущественных интересов Застрахованного лица следующих сведений об Участнике: фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность;

- понимает и выражает согласие с тем, что передача указанных в настоящем подпункте Правил сведений может позволить Страховщику установить, что Участник является клиентом Банка.

5.3. Принятие решения о признании события Страховым случаем и об осуществлении страхового возмещения находится вне компетенции Банка и не зависит от Банка.

5.4. Банк имеет право вносить изменения в Правила - устанавливать новые редакции. Новая редакция Правил распространяется на Участников, заключивших Договор после вступления ее в действие.

5.5. Банк осуществляет опубликование информации о вступлении в действие новой редакции Правил/прекращении действия Программы страхования на Сайте Банка – не менее чем за 30 (Тридцать) календарных дней до наступления соответствующего события.

5.6. Участник обязан самостоятельно знакомиться с информацией, публикуемой Банком в порядке, установленном настоящим разделом Правил.

5.7. Датой ознакомления Клиента/Участника с опубликованной информацией считается дата размещения Банком информации в соответствии с настоящим разделом Правил.

5.8. С даты прекращения действия Программы страхования Банк прекращает заключение Договоров.

**Перечень медицинских и иных услуг
в зависимости от страховых случаев, исключения из страхования, порядок расчета
страховой суммы, порядок обращения по страховым случаям
по Программе страхования**

<p>1. «Страховой случай 1» – потребность в лечении Злокачественного новообразования, которое было впервые диагностировано у Застрахованного лица в течение Периода страхования.</p>
<p>1.1. Злокачественные новообразования – результат перерождения клеток, характеризующийся утратой нормальной регуляции роста, что проявляется бесконтрольным размножением, отсутствием дифференцировки, способностью к инвазии тканей и метастазированию.</p> <p>К таким заболеваниям относятся заболевания, отвечающие вышеуказанным характеристикам, возникшие в течение Периода страхования, включая:</p> <ul style="list-style-type: none">– лейкемию;– лимфомы (за исключением кожной лимфомы);– саркомы. <p>Диагноз должен быть подтвержден онкологом на основании данных гистологического исследования.</p> <p>К таким заболеваниям не относятся следующие патологические состояния/диагнозы:</p> <ul style="list-style-type: none">– опухоли со злокачественными изменениями карцином in situ (включая дисплазию шейки матки 1, 2, 3 стадии) или гистологически описанные как предраки;– меланома, максимальная толщина которой, в соответствии с гистологическим заключением, меньше 1,5 мм или которая не превышает уровень развития T₃N₀M₀ по классификации TNM, любая другая опухоль, не проникшая в сосочково-ретикулярный слой;– все гиперкератозы или базально-клеточные карциномы кожи;– все эпителиально-клеточные раки кожи при отсутствии прорастания в другие органы;– саркома Капоши и другие опухоли, ассоциированные с вирусом человеческого иммунодефицита (далее – ВИЧ) или синдромом приобретенного иммунодефицита (далее – СПИД);– рак предстательной железы стадии T₁ (включая T_{1a}, T_{1b}) по классификации TNM.
<p>1.2. Оплата лечения, проводимого по поводу диагностированного заболевания при наступлении «Страхового случая 1» (медицинская помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях):</p> <ol style="list-style-type: none">1) осмотры врачами;2) диагностические медицинские вмешательства, выполняемые медицинскими организациями по согласованию Страховщика в том числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические исследования, функциональная диагностика;3) лечебные медицинские вмешательства (кроме имплантаций), включающие хирургическое лечение, химиотерапию, лучевую терапию;4) лекарственные средства, применяемые при лечении в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и при амбулаторном лечении.
<p>2. «Страховой случай 2» – потребность в лечении Застрахованного лица, требующая Трансплантации костного мозга, согласно мнению сертифицированного медицинского специалиста, одобренного Страховщиком, при том, что заболевание было впервые диагностировано в течение Периода страхования.</p> <p>Страховой случай будет считаться таковым, если дополнительно будут существовать совокупные условия, описанные ниже:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Два врача-специалиста в соответствующей области медицины определяют необходимость Трансплантации костного мозга на основании принятых медицинских критериев.2) Трансплантация костного мозга будет выполняться в признанной больнице, имеющей

<p>разрешение компетентных органов той страны, где будет производиться Трансплантация костного мозга.</p> <p>3) Трансплантация костного мозга не является экспериментальным лечением и/или лечением с целью исследования или расследования и/или включает лечение стволовыми клетками.</p> <p>4) Трансплантация костного мозга будет производиться в соответствии с принятыми этическими нормами той страны, где будет выполняться Трансплантация костного мозга.</p> <p>5) Появился костный мозг, подходящий для Трансплантации костного мозга Застрахованному лицу, и определена больница, которая взяла на себя выполнение Трансплантации костного мозга в пределах страховой суммы, установленной п. 4 настоящего Приложения к Правилам.</p>
<p>2.1. Трансплантация костного мозга — плановая медицинская процедура, проводимая Застрахованному лицу, для лечения лимфомы или лейкоза, диагностированных на основании результатов морфологического исследования (гистологического и (или) цитологического метода(-ов)) впервые в течение Периода страхования.</p> <p>Под Трансплантацией костного мозга понимается пересадка Застрахованному лицу костного мозга, полученного от другого человека (донора) или от самого себя.</p> <p>Необходимость проведения Трансплантации костного мозга должна быть подтверждена не менее чем двумя врачами-специалистами в соответствующей области медицины.</p> <p>При этом по смыслу настоящего определения не является Трансплантацией костного мозга пересадка костного мозга, когда Застрахованное лицо является донором для третьего лица.</p>
<p>2.2. Оплата лечения, проводимого по поводу диагностированного заболевания при наступлении «Страхового случая 2»:</p>
<p>Трансплантация костного мозга с помощью Сервисной компании – оплата (компенсация) только при условии, что Трансплантация костного мозга будет выполняться в согласованной больнице, включенной в список больниц, имеющих договор с Сервисной компанией.</p> <p>Компенсация за Трансплантацию костного мозга, как указано выше, выплачивается за фактические расходы:</p> <p>1) Расходы на медицинское обследование и лечение, предоставленное Застрахованному лицу при госпитализации в больнице.</p> <p>2) Оплата персоналу врача-хирурга по договору, и расходы на операционную во время выполнения Трансплантации костного мозга или на медицинское лечение.</p> <p>3) Оплата госпитализации в больнице, обусловленной договором, до 30 (Тридцати) календарных дней перед выполнением Трансплантации костного мозга или за медицинское лечение во время госпитализации, до 60 (Шестидесяти) календарных дней после выполнения Трансплантации костного мозга, в том числе, за медицинские обследования, лабораторные анализы, лекарства.</p> <p>4) Сопутствующие расходы, указанные ниже:</p> <ul style="list-style-type: none">• На поиск органа для Трансплантации костного мозга, его хранение и перевозку на место, где будет производиться Трансплантации костного мозга.• Расходы на доставку врача-специалиста в страну Застрахованного лица, для выполнения Трансплантации костного мозга, в зависимости от конкретного случая, для одного Страхового случая.
<p>3. Дополнительные услуги, оказываемые Страховщиком/Сервисной компанией при наступлении Страховых случаев, указанных в пунктах 1 и 2 настоящего Приложения к Правилам</p>
<p>3.1. Страховщик/Сервисная компания организывает и оплачивает транспортировку Застрахованного лица (и одного сопровождающего лица, а также, при необходимости, живого донора) в лечебное учреждение с целью лечения, одобренного Сервисной компанией/Страховщиком, а также проживание Застрахованного лица и одного сопровождающего лица (и живого донора в случае Трансплантации костного мозга) на время лечения.</p> <p>Все мероприятия по подготовке транспортировки и проживания проводит Сервисная компания/Страховщик. Сервисная компания/Страховщик не оплачивает расходы по проезду или проживанию, осуществленные самим Застрахованным лицом/Участником либо третьим лицом от имени Застрахованного лица/Участника.</p>

Сервисная компания/Страховщик будет нести ответственность за определение дат транспортировки на основе утвержденного графика лечения. Эти даты должны сообщаться Застрахованному лицу/Участнику таким образом, чтобы у Застрахованного лица/Участника было достаточного времени для осуществления личных приготовлений.

В случае изменения Застрахованным лицом/Участником даты поездки после получения извещения от Сервисной компании/Страховщика, Застрахованное лицо/Участник выплачивает компенсацию Страховщику и/или Сервисной компании в отношении всех затрат, связанных с организацией и оказанием новых услуг по переезду, если изменения не будут подтверждены Сервисной компанией/Страховщиком в качестве необходимых с медицинской точки зрения.

Покрываемые страхованием мероприятия в отношении транспортировки и проживания включают в себя:

- проезд от постоянного места жительства Застрахованного лица – для Застрахованного лица и сопровождающего его лица (а также при необходимости донора) – до установленного аэропорта или железнодорожной станции, приобретение железнодорожных или авиационных билетов (регулярным или чартерным рейсом) эконом-класса до места пребывания в стране, где оказываются медицинские услуги в лечебном учреждении, визовая поддержка;

- организацию проживания, включая бронирование двухместного номера в отеле категории 3-4 звезды. Выбор отеля будет зависеть от наличия мест и близости к больнице, либо от места нахождения лечащего врача. Завтрак, питание и непредвиденные расходы в отеле не покрываются, если только завтрак/питание не включаются автоматически в стоимость бронирования номера, в соответствии с правилами отеля. Сотрудники, назначенные Сервисной компанией/Страховщиком, также могут содействовать проведению работы с документами и организационных мер при госпитализации (если запрошено Застрахованным лицом/Участником).

- организация транспортировки Застрахованного лица и сопровождающего его лица (а также живого донора в случае Трансплантации костного мозга) из лечебного учреждения (стационара) на территорию постоянного места жительства Застрахованного лица.

Сервисная компания/Страховщик будет принимать решение по поводу каждой транспортировки по согласованию с Застрахованным лицом/Участником.

3.2. Страховщик/Сервисная компания вправе в случае смерти Застрахованного лица, произошедшей в ходе лечения, организованного в соответствии с Программой страхования, организовать репатриацию останков Застрахованного лица до места, где Застрахованное лицо постоянно проживало ранее/места захоронения, предоставить услуги и материалы, необходимые для подготовки останков Застрахованного лица к транспортировке, в т. ч.:

- услуги, предоставляемые ритуальным бюро, в котором предусмотрена, в т. ч. международная репатриация, в т. ч. бальзамирование и все административные формальности;

- оплату гроба с минимальными обязательными атрибутами;

- репатриацию останков от аэропорта до указанного места захоронения / места, где Застрахованное лицо постоянно проживало ранее.

Застрахованное лицо и его родственники/Участник должны допускать для визита к Застрахованному лицу врачей, персонал Сервисной компании/Страховщика, а также получать любые справки, необходимые для Сервисной компании/Страховщика.

3.3. Оплата услуг переводчиков, телефонной связи и других расходов в отношении предметов личного пользования, не относящихся к медицине, либо прочих услуг, оказываемых родственникам и сопровождающим лицам, не покрываются Программой страхования.

3.4. Любые расходы, связанные с регулярными переездами от указанного отеля до больницы либо лечащего врача, не покрываются Программой страхования.

4. Исключения из страхования

4.1. На страхование принимаются лица в возрасте от 1 (Одного) дня до 18 (Восемнадцати) лет включительно на дату начала Периода страхования за исключением лиц, указанных в подпункте 4.2 настоящего Приложения к Правилам и лиц, которые не являются гражданами Российской Федерации или имеют двойное гражданство.

4.2. Не принимаются на страхование лица, которые в течение последних 10 (Десяти) лет проходят/проходили стационарное, амбулаторное или восстановительное лечение, либо лицу устанавливался по результатам обследования диагноз, либо находится/находился под наблюдением врача-специалиста по поводу любого из нижеследующих заболеваний или состояний:

- рак или злокачественное новообразование любого типа, в т.ч. болезнь Ходжкина;

- лейкоemia (лейкоз) или любое заболевание крови, требующее лечения сроком не менее одного месяца (например, анемия, лимфома, миелома, нарушение свертываемости крови, гемофилия или повышенная кровоточивость сосудов и т.д.);
- рак in situ (неинвазивный рак, без прорастания) или любые предраковые (предопухолевые) заболевания или патологические изменения органов и тканей (дисплазии), имеющие высокую вероятность перерождения в злокачественные новообразования, включая, но не ограничиваясь предраковыми изменениями в области молочных желез / женских половых органов, мочевого пузыря или простаты;
- любая форма диабета;
- любой вид опухоли или кисты мозга, черепа или спинного мозга;
- операция по увеличению груди, трансплантация органов, трансплантация костного мозга;
- инфекционные и/или венерические заболевания (например: туберкулез, ВИЧ, СПИД, гепатит);
- слабоумие, эпилепсия, другие стойкие нервные или психиатрические расстройства;
- заболеваний нервной системы, включая заболевания центральной нервной системы (головного мозга, спинного мозга), периферической нервной системы, автономной нервной системы, опорные структуры нервной системы и их сосудистое снабжение (внечерепную цереброваскулярную систему).

Если физическое лицо проходит обследование по поводу симптомов, которые могут быть проявлением какого-либо из указанных в настоящем подпункте настоящего Приложения к Правилам заболеваний или состояний, либо ожидает результатов диагностики, указанное лицо не может быть принято на страхование до получения результатов.

4.3. Не являются Страховыми случаями события, произошедшие:

- в результате предшествовавших состояний или их последствий в течение 10 (Десяти) лет до даты начала Периода страхования;
- если Злокачественное новообразование было впервые диагностировано или о нем стало известно Застрахованному лицу до начала Периода страхования;
- в результате болезни Застрахованного лица, прямо или косвенно связанной с ВИЧ-инфицированием, СПИДом, наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом, венерическими заболеваниями, передающимися преимущественно половым путем;
- в результате любых повреждений здоровья Застрахованного лица, вызванных прямыми или косвенными последствиями радиационного облучения или наступивших в результате воздействия ядерной энергии;
- во время нахождения Застрахованного лица в местах лишения свободы, а также в изоляторах временного содержания и других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления;
- в результате экзогенной интоксикации, в результате алкогольной болезни, алкогольного поражения органов и систем органов, в том числе, алкогольная кардиомиопатия, алкогольные поражения печени, алкогольные поражения почек, алкогольные поражения поджелудочной железы, алкогольная энцефалопатия и все иные заболевания, возникающие при употреблении (однократном и/или постоянном/длительном употреблении) алкоголя и его суррогатов;
- в результате патологических состояний, обусловленных употреблением наркотических препаратов/психотропных препаратов и их прекурсоров (наркотические средства - вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, в том числе Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 года);
- в ходе оказания экспериментального лечения, а также диагностических, терапевтических и/или хирургических процедур, безопасность и надежность которых не имеет надлежащего научного подтверждения; последствия применения альтернативной медицины;
- любое заболевание, вызванное трансплантацией органа;
- любые медицинские манипуляции и обращения Застрахованного лица в медицинскую организацию, полученные/осуществленные Застрахованным лицом до выдачи Страховщиком / Сервисной компанией согласно подпункту 7.5 настоящего Приложения к Правилам

предварительного медицинского свидетельства;

– при условии сообщения Застрахованным лицом/Участником Страховщику заведомо ложных сведений об указанных в настоящем Приложении к Правилам обстоятельствах, и если по результатам оценки страхового риска указанные сведения привели к реализации обязательств Страховщика по Программе страхования в отношении Застрахованного лица на условиях, отличных от тех, на которых они были бы реализованы в случае указания верных сведений;

– если заболевание было диагностировано/хирургическое вмешательство было назначено или связанные с ним симптомы проявились и были зафиксированы в медицинских документах в период действия Временной франшизы;

– с лицами, являвшимися исключением в соответствии с подпунктом 4.2 настоящего Приложения к Правилам.

4.4. В рамках Программы страхования не подлежат оплате следующие услуги:

4.4.1. услуги, оказанные по поводу заболеваний, не указанных в настоящем Приложении к Правилам, или медицинские услуги, не указанные в настоящем Приложении к Правилам;

4.4.2. услуги, предусмотренные Программой страхования, при этом оказанные по событиям, наступившим вне Периода страхования, кроме случаев, прямо предусмотренных Программой страхования;

4.4.3. услуги, прямо не предусмотренные Программой страхования;

4.4.4. услуги по организации и проведению более 1 (Одной) Трансплантации костного мозга одному Застрахованному лицу за все Периоды страхования;

4.4.5. услуги по организации и проведению лечения одного Застрахованного лица за рубежом более 1 (Одного) раза;

4.4.6. услуги по организации и проведению лечения одного Застрахованного лица более 1 (Одного) заболевания, предусмотренного Программой страхования, выявленного за время Периода страхования;

4.4.7. услуги по организации проезда более 1 (Одного) сопровождающего лица или законного представителя вместе с Застрахованным лицом;

4.4.8. расходы на специальную медицинскую транспортировку и расходы на сухопутный переезд из аэропорта в больницу, если Застрахованное лицо не в состоянии, по мнению врача Страховщика, из-за медицинских причин, лететь обычным коммерческим рейсом;

4.4.9. услуги по организации лечения и/или лечению осложнений основного заболевания, а также осложнений, от непосредственного процесса лечения основного заболевания, возникших после окончания Периода страхования, в том числе в связи с выполнением Страховщиком / Сервисной компанией своих обязательств при наступлении Страхового случая;

4.4.10. обследование и/или лечение сопутствующих заболеваний, не предусмотренных для определения Страхового случая;

4.4.11. лечение хронических заболеваний, обострение течения которых наступило в процессе лечения заболевания, предусмотренного для определения Страхового случая, но не было связано непосредственно с процессом его лечения;

4.4.12. услуги, направленные на осуществление онкопоиска, включая, но не ограничиваясь, проведением ПЭТ-КТ и других методом обследования;

4.4.13. лечение врожденных нарушений нормального развития головного мозга и черепной коробки;

4.4.14. лечение врожденных пороков развития спинного мозга и позвоночника;

4.4.15. хирургические операции по Трансплантации костного мозга, если при Трансплантации костного мозга Застрахованное лицо является донором по отношению к третьему лицу;

4.4.16. медицинские и иные услуги, выполняемых в эстетических и/или косметических целях;

4.4.17. услуги, оказываемые в связи с родовыми травмами и/или врожденными пороками развития, в том числе врожденными нарушениями нормального развития головного мозга и черепной коробки, спинного мозга и позвоночника;

4.4.18. услуги, оказываемые в связи с заболеваниями, возникшими во время внутриутробного развития, в том числе связанными с генетическими и хромосомными причинами.

4.5. Перечень событий, не признаваемых Страховым случаем, и, следовательно, Страховщик / Сервисная компания не оплачивает и/или не организует оказание и не производит оплату медицинских и иных услуг:

- 4.5.1. при заболеваниях и состояниях, не предусмотренных Программой страхования и/или которые возникли в период действия Временной франшизы или после прекращения страхования;
- 4.5.2. предусмотренных Программой страхования, лицу, не являющемуся Застрахованным лицом, в том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом или Участником документов другому лицу для получения таким лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования;
- 4.5.3. не назначенных Застрахованному лицу лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения по поводу заболевания;
- 4.5.4. при диагнозах, не подтвержденных гистологическими или, в случае системных злокачественных новообразований, - цитологическими доказательствами;
- 4.5.5. Злокачественные новообразования, которые диагностированы как дисплазия шейки матки CIN1, CIN2, CIN3, или новообразования, которые гистологически диагностированы как предраковые;
- 4.5.6. злокачественная меланома класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002;
- 4.5.7. заболевания кожи следующих типов:
- Гиперкератоз и базально-клеточная карцинома;
 - Плоскоклеточная карцинома.
- 4.5.8. злокачественные новообразования на фоне ВИЧ;
- 4.5.9. рак предстательной железы, который диагностирован гистологически как имеющий до T2 N0 M0 (включая) по классификации TNM или развившийся до 6 (Шести) баллов (включая) по шкале Глисона;
- 4.5.10. хронический лимфолейкоз (ХЛЛ) (ICD 91.10);
- 4.5.11. в связи с заболеваниями и состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием СПИДа или носительства ВИЧ;
- 4.5.12. в связи с расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий спортом на профессиональном уровне;
- 4.5.13. в связи с расстройством здоровья, наступившим в местах лишения свободы, содержания под стражей;
- 4.5.14. 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;
- 4.5.15. связанных с применением экспериментальных методов лечения, не допущенных к использованию в Российской Федерации;
- 4.5.16. в связи с Злокачественным новообразованием, протекающим на фоне ВИЧ или СПИД (включая Саркому Капоши);
- 4.5.17. в связи с ранее существовавшими заболеваниями и состояниями, диагностированными или о которых было известно Застрахованному лицу/Участнику до даты начала Периода страхования, если лечение, предусмотренное Программой страхования, было рекомендовано или запланировано до момента включения Участника в настоящую Программу страхования;
- 4.5.18. в связи с получением Застрахованным лицом медицинских и иных услуг в медицинских и иных организациях, не предусмотренных Программой страхования или выбор которых не был согласован со Страховщиком / Сервисной компанией;
- 4.5.19. в связи с заболеваниями и медицинскими состояниями, возникшими в результате занятия Застрахованного лица следующими экстремальными видами спорта, сопряженными с повышенным риском для жизни и здоровья: автоспорт, мотоспорт, альпинизм, спелеология, бокс и любые другие виды боевых единоборств, экстремальные виды велоспорта (включая маунтинбайк), фридайвинг, скайсерфинг, дайвинг (глубина погружения более 25 (Двадцать пять) метров), кайтинг, бейсджампинг, экстремальные водные виды спорта (в том числе, аквабайк, водные лыжи), парашютный спорт, парапланеризм, дельтапланеризм, конный спорт;
- 4.5.20. в связи с родовыми травмами и/или врождёнными пороками развития любого вида.
- 4.6. Страховщик / Сервисная компания не гарантируют, что Застрахованному лицу и/или его сопровождающему лицу будет выдана виза на въезд в страну расположения выбранной

медицинской организации.
5. Страховая сумма
<p>Страховая сумма в отношении всех Застрахованных лиц Участника, на каждый Период страхования устанавливается в размере:</p> <ul style="list-style-type: none">– эквивалент 6.000.000,00 (Шесть миллионов) российских рублей по страховому риску «Злокачественные новообразования»;– эквивалент 37.500.000,00 (Тридцать семь миллионов пятьсот тысяч) российских рублей по страховому риску «Трансплантация костного мозга»;- при оплате посмертной репатриации Застрахованного лица – 1.125.000,00 (Один миллион сто двадцать пять тысяч) российских рублей в год. <p>Для целей расчета в российских рублях общей стоимости оказанной медицинской и иной помощи фиксируется валютный курс в размере 1 доллар США = 75 российских рублей. В случае, если оплата стоимости медицинской и иной помощи, оказанной Застрахованному лицу, осуществлена в валюте, отличной от доллара США, то она конвертируется в доллар США по курсу Центрального Банка Российской Федерации на дату оплаты. Максимальный размер общей стоимости оказанной медицинской и иной помощи составляет 500.000,00 (Пятьсот тысяч) долларов США на Период страхования.</p> <p>Страховая сумма является совокупным лимитом возмещения Страховщика по всем страховым случаям, произошедшим за каждые 12 (Двенадцать) календарных месяцев непрерывного действия страхования в отношении всех Застрахованных лиц Участника. Страховая сумма уменьшается на величину оплаченных Страховщиком медицинских и иных услуг в отношении всех Застрахованных лиц Участника.</p> <p>Оплата медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования, осуществляется в пределах установленной в настоящем разделе Приложения к Правилам страховой суммы с учетом лимитов на отдельные расходы (если установлено).</p>
6. Территория действия страхования/оказания услуг
<p>6.1. Территории оказания услуг при наступлении «Страхового случая 1» – Российская Федерация.</p> <p>В случае, если оказание услуг при наступлении «Страхового случая 1» недоступно на территории Российской Федерации и за рубежом существует медицинский институт, который готов оказать медицинские услуги Застрахованному лицу предусмотренные Программой страхования, то территорией оказания услуг при наступлении «Страхового случая 1» является территория Европы (за исключением Швейцарии и Великобритании), Израиль, при условии, что лечение представляет собой традиционное медицинское лечение, одобренное всеми регулирующими органами на территории, где оно проводится.</p> <p>6.2. Территории оказания услуг при наступлении «Страхового случая 2» – весь мир.</p>
7. Порядок предоставления медицинских и иных услуг при наступлении Страхового случая
<p>7.1. После первичного диагностирования Злокачественного новообразования и/или назначения проведения Трансплантации костного мозга, указанных в подпунктах 1, 2 настоящего Приложения к Правилам, Участник устно уведомляет Страховщика/Сервисную компанию о факте наступления события, в течение 35 (Тридцати пяти) календарных дней со дня, когда стало известно о нем.</p> <p>7.2. В течение 14 (Четырнадцати) рабочих дней после устного уведомления (звонка), Участник передает Сервисной компании/Страховщику следующие документы:</p> <ul style="list-style-type: none">- заявление на страховую выплату установленной Страховщиком формы;- копии карт амбулаторного больного/ копии выписок из амбулаторных карт, заверенные медицинской организацией, в которой изначально диагностировано заболевание;- копии карт стационарного больного/ копии истории болезни/копии выписных/переводных эпикризов, заверенные медицинской организацией, в которой изначально диагностировано заболевание. <p>В документах должен быть указан диагноз, подтвержденный общепринятыми в медицинской практике методами обследования или диагностирования соответствующего заболевания (лабораторными, инструментальными, клиническими, гистологическими, радиологическими исследованиями);</p> <ul style="list-style-type: none">- документы, удостоверяющие личность Застрахованного лица (свидетельство о рождении/паспорт гражданина Российской Федерации и общегражданский заграничный паспорт

гражданина Российской Федерации, удостоверяющий личность гражданина Российской Федерации за пределами Российской Федерации (при наличии) (далее – общегражданский заграничный паспорт));

- документы, удостоверяющие личность Участника/ иного законного представителя Застрахованного лица (паспорт гражданина Российской Федерации и общегражданский заграничный паспорт (при наличии));

- копия документа, устанавливающего ИНН Застрахованного лица и/или Участника/ иного законного представителя Застрахованного лица.

7.3. После получения информации Сервисная компания/Страховщик уведомляет Застрахованное лицо/Участника о необходимых действиях, требуемых для подтверждения Сервисной компанией диагноза, установленного ранее Застрахованному лицу. На основе детального изучения медицинской документации и результатов диагностических процедур, Сервисная компания/Страховщик подтверждает/опровергает ранее поставленный диагноз.

7.4. В случае подтверждения диагноза Сервисная компания/Страховщик предоставляет полный письменный отчет Застрахованному лицу/Участнику. В отчете содержится информация о подтверждении диагноза независимым медицинским экспертом и варианты рекомендованного лечения. Если отчет подтверждает, что заявленное событие, имеющее признаки Страхового случая, является Страховым случаем, Застрахованное лицо/Участник должен уведомить Сервисную компанию/Страховщика о своём решении в отношении лечения. После этого Сервисная компания/Страховщик выдает Застрахованному лицу/Участнику список рекомендуемых лечебных учреждений. Застрахованное лицо/Участник в течение 3 (Трех) месяцев с момента получения письменного отчета обязан сообщить Сервисной компании/Страховщику о выборе лечебного учреждения из предоставленного списка.

Если в результате диагностирования врачами Сервисной компании/медицинским учреждением, рекомендованным Страховщиком, установлено, что заявленное Застрахованным лицом/Участником событие не отвечает критериям, указанным в пунктах 1 или 2 настоящего Приложения к Правилам, Страховщик уведомляет об этом Застрахованное лицо/Участника в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней с даты получения уведомления от Сервисной компании.

7.5. После получения Сервисной компанией/Страховщиком подтверждения от Застрахованного лица/Участника о выбранном лечебном учреждении из списка рекомендуемых лечебных учреждений для лечения, Сервисная компания/Страховщик осуществляет организацию необходимой медицинской помощи для надлежащего поступления Застрахованного лица в выбранное лечебное учреждение и готовит предварительное медицинское свидетельство, действительное только для указанного лечебного учреждения. Медицинская помощь и иные услуги, оказываемые в иных лечебных учреждениях помимо указанного в предварительном медицинском свидетельстве, не покрываются страхованием.

Предварительное медицинское свидетельство является действительным на протяжении 90 (Девяносто) календарных дней с момента выдачи. В случае, если Застрахованное лицо/Участник не инициировал лечение в утвержденном лечебном учреждении на протяжении данного срока, предварительное медицинское свидетельство утрачивает силу. Застрахованное лицо/Участник при необходимости повторно обращается в Сервисную компанию/ Страховщику в соответствии с подпунктом 7.1 настоящего приложения к Правилам.

7.6. В случае отказа от лечения, Застрахованное лицо/Участник письменно уведомляет Страховщика/Сервисную компанию об отказе от предложенного лечения.

7.7. Объем медицинской помощи, оказываемой Застрахованному лицу в лечебном учреждении, может включать в себя:

7.7.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь (в т.ч. в условиях дневного стационара);

7.7.2. Диагностирование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, в том числе необходимые для госпитализации в стационар в объеме, отвечающем требованиям стационара;

7.7.3. Проведение медицинской экспертизы;

7.7.4. Консультация врачей;

7.7.5. Манипуляции по медицинским показаниям;

7.7.6. Использование операционного зала;

7.7.7. Реанимационная медицинская помощь;

7.7.8. Лабораторные анализы, рентгенографические исследования, проводимые в диагностических целях, лучевая терапия, использование радиоактивных изотопов,

химиотерапия, электрокардиограммы, эхокардиография, миелограммы, электроэнцефалограммы, ангиограммы, компьютерная томография и другие диагностические анализы и процедуры, необходимые для диагностики и лечения покрываемых страхованием болезней и медицинских процедур, при условии их проведения врачом или под медицинским наблюдением;

7.7.9. Гемотрансфузия, введение плазмы и сыворотки;

7.7.10. Услуги, связанные с использованием кислорода, применение растворов для инъекций;

7.7.11. Лекарственное обеспечение Застрахованного лица, требуемое для его лечения в стационаре медицинского учреждения.

7.7.12. Поиск потенциальных доноров;

7.7.13. Получение трансплантата (под данной услугой понимается оплата стоимости трансплантата), хранение и доставка до места, где будет производиться Трансплантация костного мозга;

7.7.14. Услуги и материалы, поставляемые для культур костного мозга в связи с предстоящей пересадкой тканевого трансплантата Застрахованному лицу;

7.7.15. Услуги стационара: пребывание Застрахованного лица в лечебном учреждении. Сервисная компания/Страховщик может организовывать пребывание одного сопровождающего лица;

7.7.16. Выписка необходимой медицинской документации;

7.7.17. Психологическая помощь.

7.8. Расходы по оплате медицинской помощи и иных услуг, понесенные в результате их организации самостоятельно Застрахованным лицом или любым третьим лицом от имени Застрахованного лица, не подлежат возмещению, за исключением лекарственного обеспечения согласно п. 7.7.10 настоящего Порядка.

7.9. Любые расходы, понесенные при приобретении или прокате инвалидных кресел, специальных кроватей, приборов кондиционирования воздуха, очистителей воздуха и других подобных предметов или оборудования, не покрываются Программой страхования, если:

- использование соответствующих предметов не является необходимым с медицинской точки зрения;

- эти предметы предназначены для использования вне больницы.

7.10. Любые расходы, понесенные при приобретении или прокате любого вида протеза или ортопедических приспособлений, корсетов, бандажей, костылей, искусственных частей тела или органов, париков (даже если их использование считается необходимым в процессе лечения химиотерапией), ортопедической обуви, грыжевых бандажей и другого аналогичного оборудования или предметов не покрываются Программой страхования.

7.11. Любые лекарственные препараты, которые не были проданы лицензированным фармацевтом либо приобретенные без наличия медицинского рецепта, не покрываются Программой страхования.

7.12. Стоимость лечения и предоставления медицинских и иных услуг, организованные Сервисной компанией/Страховщиком, не может превышать страховую сумму по Страховому случаю, указанную в пункте 5 настоящего Приложения к Правилам.

8. Контактная информация Страховщика/Сервисной компании

Контактная информация, в т.ч. номера телефонов Страховщика/ Сервисной компании размещаются на Сайте Банка по адресу: <https://www.vtb.ru/personal/drugie-uslugi/strahovye-i-servisnye-produkty/medicinskie-programmy/detskoye-onkostrakhovaniye/>.