

Программа страхования от СК Сбербанк Страхование Жизни «Защита здоровья ДМС» имеет следующие **условия страхования** (страховые риски, страховые случаи, размеры страховых выплат):

## **ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «Лечение особо опасных заболеваний»**

### **Раздел 1. Общие положения**

1. Медицинские и иные услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются Застрахованному лицу в медицинских организациях, находящихся в России (территория страхования).

### **Раздел 2. Заболевания и состояния, при которых предоставляются медицинские и иные услуги. Период ожидания**

2.1. В соответствии с настоящей Программой при наступлении страхового случая Страховщик организует оказание Застрахованному лицу медицинских и иных услуг в объеме, предусмотренном разделом 3 настоящей Программы, при заболеваниях и состояниях, диагностированных (установленных) Застрахованному лицу врачом-специалистом впервые в течение срока страхования после окончания периода ожидания (первых 90 дней с даты начала действия Договора страхования в отношении конкретного Застрахованного):

#### **2.1.1. Злокачественное онкологическое заболевание**

Под *злокачественным онкологическим заболеванием* понимается заболевание, проявляющееся в развитии одной или нескольких злокачественных опухолей, характеризующихся отсутствием дифференцировки клеток, прогрессивным неконтролируемым ростом, способностью к метастазированию (распространению злокачественных клеток из первичного очага), к инвазии и деструкции здоровых и окружающих опухоль тканей, диагностированное Застрахованному лицу на основании результатов морфологического исследования (гистологического и (или) цитологического метода(-ов)) впервые в течение срока страхования и после окончания периода ожидания (если установлен). В определение «Злокачественное онкологическое заболевание» в том числе включается: лейкемия, злокачественные лимфомы, включая лимфому кожи, болезнь Ходжкина, злокачественные заболевания костного мозга, саркома.

Дата постановки диагноза – это дата получения точного диагноза по результатам морфологического исследования (гистологического и (или) цитологического метода(-ов)).

Из определения «Злокачественное онкологическое заболевание» в рамках настоящей Программы исключаются:

- Меланома, максимальная толщина которой в соответствии с гистологическим заключением меньше 2 мм или которая не превышает уровень T2bN0M0 по международной классификации TNM;
- Злокачественное новообразование предстательной железы, соответствующее следующим критериям:
  - стадия T1aN0M0 или T1bN0M0 по классификации TNM, и (или)
  - значение индекса Глисона - менее или равному 6 (шести) баллам (что относится к группе 1 гистологической прогностической классификации рака предстательной железы по ISUP<sup>[1]</sup>;
- Карцинома in situ (преинвазивный или интраэпителиальный рак), включая дисплазию шейки матки (CIN-1, CIN-2 и CIN-3), а также любые опухоли, гистологически описанные как доброкачественные, неопределенного характера или предраковые заболевания;
- Базальноклеточная карцинома кожи и плоскоклеточная карцинома кожи, и выбухающая дерматофибросаркома;
- Хронический лимфоцитарный лейкоз стадия A (по классификации Binet) или стадия I (по классификации Rai);

<sup>[1]</sup> ISUP – international society of uropatologists / международной ассоциации уропатологов

- Папиллярная или фолликулярная карцинома щитовидной железы, гистологически диагностированная как T1N0M0;
- Неинвазивный папиллярный рак мочевого пузыря, гистологически диагностированный как имеющий стадию TaN0M0 или меньше;
- Любые виды злокачественных новообразований, протекающих на фоне ВИЧ-инфекции или СПИДа (включая Саркому Капоши).

2.1.2. Состояние, требующее проведения Застрахованному лицу трансплантации костного мозга (или трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (также по тексту программы именуется «**Трансплантация**»)).

Под *трансплантацией* понимается плановая медицинская процедура по пересадке Застрахованному лицу костного мозга, полученного от другого человека (донора) или от самого себя, проводимая Застрахованному лицу в течение срока страхования, для лечения, злокачественных онкологических заболеваний, диагностированных на основании результатов морфологического исследования (гистологического и (или) цитологического метода(-ов)) впервые в жизни в течение срока страхования.

Необходимость проведения и проведение Трансплантации должны быть подтверждены медицинским заключением о необходимости трансплантации органов и (или) тканей человека, или иным медицинским документом, выдаваемым лечащим врачом-специалистом / консилиумом врачей, в соответствии с требованиями законодательства о трансплантации страны, в которой Застрахованное лицо проходит лечение и (или) получает соответствующее назначение врачом-специалистом (трансплантологом), специализирующимся в соответствующей области медицины. Из определения «**трансплантация**» в рамках настоящей Программы исключаются:

- Пересадка других органов, а также частей органов или тканей, не входящих в определение «трансплантация»;
- Проведение трансплантации, когда Застрахованное лицо выступает донором в пользу третьего лица.

2.2. По настоящей Программе для заболеваний и состояний, указанных в п.2.1 настоящей программы установлен период ожидания:

<b>Заболевание/состояние</b>	<b>Период ожидания</b> (продолжительность со дня вступления Договора страхования в силу)
«Злокачественное онкологическое заболевание» (п. 2.1.1 Программы)	90 дней
«Трансплантация» (п. 2.1.2 Программы)	90 дней

Под *периодом ожидания* понимается период времени, в течение которого, если Застрахованному лицу будет диагностировано заболевание или установлено состояние, предусмотренное в п. 2.1 Программы, то обращение Застрахованного лица за организацией и оказанием медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой, в связи с таким заболеванием (состоянием) не является страховым случаем и не влечет возникновения обязательств Страховщика по организации и оказанию Застрахованному лицу медицинских и иных услуг и их последующей оплате.

### **Раздел 3. Объем предоставляемых медицинских и иных услуг. Лимиты ответственности Страховщика**

3.1. Медицинские услуги, предоставляемые при заболеваниях и состояниях указанных, Разделе 2 Программы:

<b>Предоставляемые услуги</b>
<b>«Злокачественное онкологическое заболевание» (п. 2.1.1 Программы):</b>
1. Стационарная помощь:
1.1. Врачебная медицинская помощь (обследование, лечение)
1.2. Обследование, включая, но не ограничиваясь: клиничко-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования
1.3. Лечение: консервативное лечение, хирургическое лечение, радиоизотопное лечение, химиотерапия, лучевая терапия, гормональная терапия, иммунологическая терапия

1.4. Выполнение лечебных манипуляций, процедур
1.5. Оперативное вмешательство, включая сопутствующие расходы
1.6. Пребывание в реанимации, блоке интенсивной терапии, включая реанимационные мероприятия
1.7. Анестезия, обезболивающие препараты по назначению лечащего врача
1.8. Медикаменты (в том числе, противоопухолевые препараты и другие лекарственные препараты), необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом, перевязочные средства, медицинские расходные материалы, кровь и ее компоненты
1.9. Имплантация, необходимая в целях реконструктивного лечения, включая стоимость изделий для внутреннего протезирования
1.10. Медицинские приборы и устройства
1.11. Пребывание в палате стационара (включая питание)
1.12. Послеоперационный индивидуальный медицинский пост не более 8 дней
1.13. Пребывание в дневном стационаре
2. Амбулаторно-поликлиническая помощь:
2.1. Врачебная медицинская помощь (обследование, лечение)
2.2. Обследование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, в том числе необходимые для госпитализации в стационар в объеме, отвечающем требованиям стационара.
2.3. Лечение: консервативное лечение, хирургическое лечение, химиотерапия, лучевая терапия, гормональная терапия, иммунологическая терапия.
2.4. Лечебные манипуляции, процедуры.
2.5. Обезболивающие, противоопухолевые препараты, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом, перевязочные средства, медицинские расходные материалы.
<b>«Трансплантация» (п. 2.1.2 Программы):</b>
1. Стационарная помощь:
1.1. Врачебная медицинская помощь (обследование, лечение)
1.2. Обследование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, пробы на совместимость.
1.3. Лечение, включая, но не ограничиваясь: консервативное лечение, химиотерапия, лучевая терапия, гормональная терапия, иммуносупрессивная терапия.
1.4. Получение, обработка, хранение костного мозга.
1.5. Лечебные манипуляции, процедуры.
1.6. Проведение трансплантации, включая сопутствующие расходы.
1.7. Пребывание в реанимации, блоке интенсивной терапии, включая реанимационные мероприятия.
1.8. Анестезия, обезболивающие препараты по назначению лечащего врача.
1.9. Медикаменты, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом, перевязочные средства, медицинские расходные материалы, кровь и ее компоненты
1.10. Пребывание в палате стационара (включая питание) до 30 календарных дней перед выполнением Трансплантации, до 335 календарных дней после выполнения Трансплантации.
1.11. Послеоперационный индивидуальный медицинский пост.
2. Поиск потенциальных доноров
3. Получение трансплантата (под данной услугой понимается оплата стоимости хранения и доставки трансплантата до места, где будет производиться Трансплантация)
4. Амбулаторно-поликлиническая помощь:
4.1. Врачебная медицинская помощь (обследование, лечение).
4.2. Обследование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, включая пробы на совместимость, а также исследования, необходимые для госпитализации в стационар в объеме, отвечающем требованиям стационара.

4.3. Лечение, включая, но не ограничиваясь: консервативное лечение, иное лечение (включая мониторинг, антибактериальная профилактика, противогрибковая терапия, иммунологическая терапия и пр.).
4.4. Лечебные процедуры, выполняемые средним медицинским персоналом.

3.2. Иные услуги, предоставляемые при заболеваниях и состояниях указанных, Разделе 2 Программы:

<b>Предоставляемые услуги</b>	
<p>Проезд Застрахованного лица до места проведения амбулаторного, стационарного лечения и обратно, если оказание медицинской помощи планируется за пределами административно-территориальных границ населенного пункта, в котором Застрахованное лицо постоянно проживает.</p> <p>Данная услуга включает в себя: оплату проезда Застрахованного лица на железнодорожном<sup>[2]</sup> транспорте, на воздушных судах гражданской авиации; медицинскую транспортировку (при наличии показаний) до медицинской организации, в которой будет проводиться лечение или иного места размещения Застрахованного лица и обратно.</p>	40 000 рублей
<p>Сопровождение Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и/или нуждающегося в посторонней помощи, при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи.</p> <p>Данная услуга включает в себя оплату проезда на железнодорожном<sup>1</sup> транспорте, на воздушных судах гражданской авиации одного сопровождающего лица до места проведения амбулаторного, стационарного лечения Застрахованного лица и обратно.</p>	40 000 рублей
<p>Проживание Застрахованного лица в месте лечения, если оказание медицинской помощи планируется амбулаторно, за пределами административно-территориальных границ населенного пункта, в котором Застрахованное лицо постоянно проживает.</p> <p>Данная услуга включает в себя оплату проживания Застрахованного лица в отеле (3 или 4 звезды), с оплатой стоимости завтраков и иных услуг, включенных в стоимость номера.</p>	50 000 рублей
<p>Сопровождение Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и/или нуждающегося в посторонней помощи, при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи.</p> <p>Данная услуга включает в себя оплату проживания одного сопровождающего лица в месте оказания медицинской помощи Застрахованному лицу, в отеле (3 или 4 звезды), с оплатой стоимости завтраков и иных услуг, включенных в стоимость номера.</p>	50 000 рублей
Посмертная репатриация.	150 000 рублей
Сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации и/или представителем сервисной компании, привлеченной Страховщиком.	лимит не предусмотрен

3.3. Определения, используемые в п.3.1, п. 3.2 настоящей Программы:

*Под лабораторными исследованиями* в настоящей Программе понимаются бактериоскопические исследования; вирусологические исследования; биохимические исследования; гематологические исследования;; иммунологические исследования; морфологические (гистологические, цитологические) исследования; иммуногистохимическое исследование; культуральные исследования; микробиологические исследования (3-4 групп

<sup>[2]</sup> За исключением оплаты стоимости проезда в пригородных поездах

патогенности); общеклинические (неинвазивные) методы исследования; онкогематологические исследования; серологические исследования; токсикологические исследования; цитологические исследования; цитохимические исследования.

*Под инструментальными исследованиями* в настоящей Программе понимаются: электрокардиография; ультразвуковое исследование; эхокардиография; электроэнцефалография; эндоскопическое исследование; рентгенография; рентгеноскопия; флюорография; компьютерная томография; магнитно-резонансная томография или ядерно-магнитный резонанс; радионуклидное исследование; лазерная доплеровская флоуметрия; радиоизотопная диагностика.

*Под сопутствующими расходами* в настоящей Программе понимаются затраты, связанные с обеспечением необходимых сопутствующих хирургической операции расходных материалов и оказанием услуг, включая, но не ограничиваясь: стенты, катетеры, дренажи, перевязочные средства, одноразовые шприцы; установление аппарата искусственного дыхания, проведение анестезии, установка капельниц.

*Под медикаментами* понимаются лекарственные средства, выписанные врачом в соответствии с назначенным лечением, исключая любые пищевые добавки, укрепляющие/тонирующие средства, минеральную воду, косметические средства, гигиенические средства, средства по уходу за телом, а также добавки для ванн; *под перевязочными средствами* 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.

При этом лекарственные средства должны быть приобретены в учреждении, осуществляющем официальную фармацевтическую деятельность.

*К медицинским расходным материалам* относят предметы, обеспечивающие работу медицинской техники, а также материалы для выполнения тех или иных процедур, включая, но не ограничиваясь: гели для исследований, пленки для рентген-диагностики, бумага для диагностической аппаратуры, контейнеры для сбора биоматериала, стерильные инструменты и материалы одноразового использования, применяемые в медицинской практике.

*Под изделиями для внутреннего протезирования* понимаются медицинские изделия (кроме зубных протезов), применяемые в медицинских целях, предназначенные производителем для восстановления, замещения анатомической структуры организма: экзопротез молочной железы.

*Под медицинскими приборами и устройствами* в настоящей Программе понимаются медицинские приборы и устройства, необходимые Застрахованному лицу по жизненным показаниям либо непосредственно облегчающие или уменьшающие физические недостатки (в частности, кардиостимуляторы, протезы конечностей и других органов, исключая зубные протезы), установленные Застрахованному лицу в период пребывания в стационаре, и которыми он пользуется.

По условиям настоящей Программы под *врачебной медицинской помощью* понимается комплекс лечебно-диагностических мероприятий, выполняемых врачом, направленных на диагностику и лечение заболеваний Застрахованного лица и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

*Под медицинской транспортировкой* понимается перевозка Застрахованного лица из дома / медицинской организации, где проходит лечение / аэропорта / ж/д вокзала / иного места размещения в аэропорт / на ж/д вокзал / другую медицинскую организацию, в которой будет проводиться лечение / иное место размещения на транспортном средстве (за исключением санитарно-авиационной транспортировки, осуществляемой воздушными судами) с медицинским оборудованием (штатным или временным) в сопровождении врача или фельдшера, при отсутствии противопоказаний для транспортировки и при условии, что такой перевод Застрахованного лица предписан лечащим врачом и необходим по медицинским показаниям и предварительно согласован со Страховщиком.

*Под посмертной репатриацией* в настоящей Программе понимается доставка тела Застрахованного лица к месту его постоянного проживания (месту погребения), если смерть Застрахованного лица наступила в период оказания ему медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, во время его нахождения за пределами административно-территориальных границ населенного пункта, в котором Застрахованное лицо постоянно проживало. Данная услуга включает в себя организацию посмертной репатриации тела, подготовку

тела, покупку необходимого для перевозки гроба, перевозку останков. Посмертная репатриация тела осуществляется в соответствии с международными стандартами. Услуги по организации похорон и погребению не являются застрахованными в рамках настоящей Программы.

3.4. По настоящей Программе установлен совокупный лимит страхового обязательства (лимиты ответственности) Страховщика на каждое Застрахованное лицо в размере не более страховой суммы, установленной договором страхования по страховому риску «Лечение особо опасных заболеваний», совокупно по всем обращениям Застрахованного лица, - 5 000 000 (пять миллионов рублей) рублей, – в том числе:

3.4.1 по Имплантации, необходимой в целях реконструктивного лечения, включая стоимость изделий для внутреннего протезирования – не более 900 000 (девятьсот тысяч) рублей в течение срока страхования;

3.4.2. по «Трансплантации» (п. 2.1.2 Программы) - Страховщик организует и оплачивает проведение не более одной трансплантации в течение срока страхования;

3.4.3. по «Трансплантации» (п. 2.1.2 Программы) - Страховщик организует оказание и оплачивает медицинские услуги на сумму не более 3 000 000 (трех миллионов) рублей в течение срока страхования.

#### **Раздел 4. Исключения из страхования. Основания для отказа в страховой выплате.**

4.1. Не признается страховым случаем и, следовательно, Страховщик не организует оказание и не производит оплату медицинских и иных услуг (исключения из страхового покрытия):

4.1.1. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг, не предусмотренных настоящей Программой и (или) не назначенных ему лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения злокачественного новообразования;

4.1.2. обращение за оказанием медицинских услуг лицу, не являющемуся Застрахованным лицом по Договору страхования, в том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом Договора страхования и/или иных документов другому лицу для получения таким лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой;

4.1.3. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг, необходимость которых возникла в связи с нарушением Застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача, правил и распорядка нахождения на лечении в медицинской организации;

4.1.4. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг в медицинские организации и сервисные компании, которые не определены (не согласованы) со Страховщиком;

4.1.5. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг в связи с болезнями и (или) состояниями, вызванными злоупотреблением алкоголем, употреблением наркотических и других психоактивных веществ;

4.1.6. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг и иных услуг в связи с заболеванием/состоянием, диагностированным/установленным Застрахованному лицу до начала срока страхования, установленного Договором страхования по настоящей Программе, или диагностированного/установленного после окончания срока страхования (в т.ч. досрочного).

4.1.7. направленных на первичное диагностирование с целью определения диагноза - распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, предусмотренных п. 2.1 настоящей Программы.

4.2. Не признается страховым случаем и, следовательно, Страховщик не организует оказание и не производит оплату медицинских услуг и иных услуг (исключения из страхования):

4.2.1. медицинских услуг, связанных с применением экспериментальных методов лечения, не одобренных профильными медицинскими объединениями/организациями страны проведения лечения;

4.2.2. выполняемых в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости), бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся операциями, направленными на уменьшение

объема желудка или кишечника, кроме операции по реконструкции груди после резекции / удаления молочной железы, проведенной в рамках настоящей Программы и в соответствии с ее условиями;

4.2.3. медицинских и иных услуг, связанных с лечением заболеваний и состояний, вызванных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), включая синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), включая мутацию или другие подобные изменения;

4.2.4. в связи с расстройством здоровья, наступившим во время отбывания наказания в виде лишения, ограничения свободы, содержания под стражей.

## **Раздел 5. Порядок организации и оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой**

5.1. После диагностирования Застрахованному лицу заболевания / состояния, из числа перечисленных в п. 2.1 настоящей Программы, Застрахованное лицо обязано проинформировать Страховщика о диагнозе любыми доступными средствами (факс, электронная почта, письмо и т.д.).

5.2 Для получения услуг, предусмотренных настоящей Программой, Застрахованное лицо также предоставляет Страховщику (сервисной компании, если привлекается) следующие сведения и / или документы:

5.2.1. сведения о реквизитах договора страхования (в т.ч. номер, дата заключения);

5.2.2. документы, удостоверяющие личность Застрахованного лица и заявителя (если отличается от Застрахованного лица), и, если применимо, дополнительные документы, подтверждающие право на обращение по договору страхования (например, документы, подтверждающие изменение персональных данных);

5.2.3. надлежащим образом, оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя, при обращении представителя Застрахованного лица;

5.2.4. надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме;

5.2.5. документы / сведения, предоставление которых обусловлено выполнением законодательства Российской Федерации и (или) обязательными для Страховщика положениями, установленными объединением страховщиков; согласие на обработку персональных данных (предоставляется в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации, Страховщик (медицинская организация и (или) сервисная компания) не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия); согласие на доступ к сведениям, составляющим врачебную тайну, в т.ч. на получение медицинских документов);

5.2.6. необходимые для организации и (или) оказания услуг сведения и (или) документы, в том числе медицинского характера, которые содержат информацию, касающуюся заболевания, предусмотренного настоящей Программой, и подтверждают поставленный диагноз. Наиболее распространенными в этой связи медицинскими документами являются выписка из истории болезни, результаты проведенных Застрахованному лицу исследований, в связи с диагностированием ему злокачественного новообразования (рак), предусмотренного настоящей Программой;

5.2.7. документы, подтверждающие назначение медикаментов лечащим врачом, осуществляющим лечение заболевания в рамках настоящей Программы. Наиболее распространенными в этой связи документами являются выписка из истории болезни / амбулаторной карты, рецептурный бланк, оформленный медицинским работником.

5.3. В случае необходимости Страховщик (сервисная компания, если привлекается) в рамках исполнения обязательств по Договору страхования, вправе запросить любую информацию, касающуюся Застрахованного лица в любом лечебно-профилактическом или особого типа учреждении здравоохранения и/или частного врача, у которых он проходил лечение, находится или находился под наблюдением, сведений о факте его обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском

обследовании и лечении. Запросы могут быть сделаны в любой доступной форме, позволяющей зафиксировать факт и дату направления.

5.4. Страховщик в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента получения последнего из всех необходимых документов (в том числе запрошенных дополнительно согласно п. 5.3 Программы) принимает решение о страховой выплате и:

5.4.1. в целях осуществления страховой выплаты, самостоятельно или с привлечением сервисной компании подбирает наиболее подходящую(-ие) медицинскую(-ие) организацию(-и), подтвердившую(-ие) готовность принять Застрахованное лицо для прохождения соответствующего лечения и (или) проведения соответствующей операции, и в этот же срок направляет Застрахованному лицу на согласование место, время и программу лечения (план лечения).

Застрахованное лицо в течение 90 (девяноста) календарных дней с даты получения от Страховщика места, времени и программы лечения согласовывает либо отказывает в согласовании предложенных параметров с направлением Страховщику (привлеченной Страховщиком сервисной компании) соответствующего уведомления.

5.4.2. При согласовании Застрахованным лицом места, времени и программы лечения Страховщик (привлеченная сервисная компания) организует оказание медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой, в пределах страховой суммы с учетом лимитов ответственности Страховщика и иных условий, предусмотренных Договором страхования.

5.4.3. При отказе Застрахованного лица от предложенных ему места, времени и (или) программы лечения (или в случае неполучения Страховщиком (привлеченной сервисной компанией) согласования в установленный срок), предложенные параметры отменяются и Страховщик (привлеченная сервисная компания) возобновляет рассмотрение заявленного события в том же порядке, который предусмотрен настоящим разделом для первоначального обращения. При этом, Застрахованное лицо обязано представить актуальные документы из числа указанных в п. 4.2 настоящей Программы (в том числе последние результаты анализов и тестов, заключений врача), а Страховщик вправе предложить иную программу лечения, в иной медицинской организации.

5.4.4. Организация и оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу осуществляется Страховщиком с привлечением сервисной компании и медицинской(-их) организации(-й), с последующей оплатой такой(-им) медицинской(-им) организации(-ям) и сервисной компании, организованных и оказанных ими Застрахованному лицу медицинских и иных услуг. Медицинские услуги и иные услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются Застрахованному лицу в соответствии с порядком работы, предусмотренным в медицинской и иной организации, привлеченной Страховщиком для оказания таких услуг.

5.5. Решение об отказе в страховой выплате Страховщик принимает в течение 30 (тридцати) календарных дней после получения последнего из всех необходимых документов (в том числе запрошенных дополнительно и (или) самостоятельно полученных Страховщиком) и в тот же срок направляет Выгодоприобретателю (Застрахованному лицу) письменное уведомление с обоснованием отказа.