

ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ

с 1 августа 2021 года

Приложение № 1 к ПРАВИЛАМ ПО СТРАХОВАНИЮ ЗДОРОВЬЯ № 010

I. Настоящим Приложением устанавливаются объем и характер Страховой защиты, Страховых случаев, Нестраховых случаев, а также другие условия программ медицинского страхования, предлагаемых Страховщиком.

II. Приложение является неотъемлемой частью Правил по страхованию здоровья.

III. В случае возникновения расхождений или противоречий между Приложением и какими-то положениями Правил по страхованию здоровья преимущественную силу имеют положения и условия, изложенные в Приложении.

1. АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА

1.1. Страховым случаем признаются указанные далее Медицинские услуги по медицинским показаниям, предоставленные Застрахованному в связи с Расстройством здоровья (острое заболевание, обострение хронического заболевания, Травма), и его сопровождение/ мониторинг в Медицинском учреждении и понесенные в связи с этим расходы.

1.2. Компенсируемые медицинские услуги:

1.2.1. консультация семейного врача или врача-специалиста, включая Удаленные медицинские услуги; визиты семейного врача на дом;

1.2.2. врачебный осмотр и обследование, которые периодически требуются в установленный (назначенный врачом) интервал времени в целях регулярного наблюдения за состоянием здоровья Застрахованного лица, страдающего хроническим заболеванием или принимающего определенные медикаменты;

1.2.3. консультации психиатра, психиатра-психотерапевта, медицинского психолога, медицинского психолога-психотерапевта назначенное психотерапевтическое лечение в пределах не более 12 (двенадцати) посещений в течение 1 (одного) года Периода страхования;

1.2.4. диагностические исследования, назначенные врачом:

а) лабораторные: клинические, биохимические, цитологические, гистологические, иммуноферментные, микробиологические, бактериологические;

б) инструментальные: клиническая физиология, рентгенология, ультразвук, эндоскопия, компьютерная томография, магнитно-ядерный резонанс, другие визуализирующие исследования;

1.2.5. Дневная хирургия / Дневной стационар;

ВАЖНАЯ ОГОВОРКА: Расходы (часть расходов) компенсируются только в тех случаях, если:

а) они частично компенсируются из средств бюджета Фонда обязательного страхования здоровья (PSDF); и

б) Страховщик был уведомлен в письменной форме или по электронной почте sd@compensalife.lt о необходимости оказания услуг дневной хирургии / дневного стационара до начала лечения и было получено заблаговременное согласие Страховщика. Обязанность получить согласие Страховщика лежит на Застрахованном лице.

1.2.6. Амбулаторные хирургические услуги;

1.2.7. услуги, оказанные медсестрой.

1.3. Некомпенсируемые расходы, вызванные:

1.3.1. прерыванием беременности; Расстройством здоровья, возникшим или усугубившимся после прерывания беременности по медицинским показаниям; диагностикой беременности, ведением беременности; родовспоможением и послеродовым уходом; Расстройства здоровья по причине осложнений при беременности или родах (гинекологические, эндокринные, грудные, неврологические, урологические и др. патологии); услуги по контрацепции;

1.3.2. пластическим и эстетическим хирургическим лечением; процедурами и операциями в косметологических, пластических и/или эстетических целях; дерматологическим лечением, включая фототерапию, фотодинамическую терапию, импульсную светотерапию, лазерные эстетические процедуры (пигментация, краснота, расширение кровеносных сосудов, акне, растяжки, рубцы и т.д.); процедурами удаления волос; лечением выпадения волос; лечением инъекциями ботулотоксина; лазерным лечением грибка ногтей;

1.3.3. диагностикой и лечением СПИДа, ВИЧ, сифилиса, гонореи, трихомониаза, хламидиоза, уреаплазмоза, вируса папилломы человека, генитального герпеса и других болезней, распространяющихся половым путем;

1.3.4. бесплодием/неспособностью к зачатию, диагностикой и лечением нарушений потенции; процедурами по искусственному оплодотворению;

1.3.5. хирургическим лечением избыточной массы тела / ожирения;

1.3.6. коррекцией зрения; трансплантацией органов, приобретением эндопротезов и операцией по эндопротезированию;

1.3.7. трансплантацией костного мозга; процедурой гемодиализа;

1.3.8. лечением при котором используются стволовые клетки

1.3.9. оказанием услуг по долгосрочному уходу / обслуживанию и поддерживающему лечению;

1.3.10. лечением доброкачественных опухолей, бородавок, родинок;

1.3.11. диагностикой и лечением варикозного расширения вен на ногах;

1.3.12. обследованием или лечением, назначенным стоматологом или челюстно-лицевым хирургом;

1.3.13. расходами на медицинские устройства, используемые в дневной хирургии / в дневном стационаре, расходы на которые

не компенсируются за счет средств Фонда обязательного страхования здоровья (PSDF);

1.3.14. оказанием услуг нетрадиционной медицины;

1.3.15. оказанием услуг врача спортивной медицины.

2. СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

2.1. Страховым событием признаются следующие Медицинские услуги и расходы, понесенные в результате стационарного лечения Расстройства здоровья, когда Застрахованному лицу требовался терапевтический и / или хирургический профиль лечения в стационарном учреждении здравоохранения с оказанием помощи в течение более 48 часов.

2.2. Компенсируемые медицинские услуги:

2.2.1. при выборе подтипа «Дополнительные услуги в государственных больницах» Программы страхования здоровья - одноместные или двухместные платные палаты в государственной больнице;

2.2.2. при выборе подтипа «Стационарное лечение в государственных больницах» Программы страхования здоровья - диагностические услуги при стационарном лечении в государственной больнице с приобретением Медицинских принадлежностей, Лекарств; платная палата;

2.2.3. при выборе подтипа «Стационарное лечение в частных больницах» Программы страхования здоровья - диагностика, лечение и дополнительные услуги, предоставляемые Застрахованному при стационарном лечении в частной больнице, включая приобретение Медицинских принадлежностей, Лекарств и платную палату.

2.3. Некомпенсируемые расходы и их возникновение:

2.3.1. прерывание беременности; Расстройство здоровья, возникшее или усугубившееся в связи с прерыванием беременности по медицинским показаниям; диагностика беременности, ведение беременности; родовспоможение и послеродовой уход; Расстройство здоровья в связи с беременностью или родами (гинекологические, эндокринные, грудные, неврологические, урологические и др. патологии);

2.3.2. услуги челюстно-лицевой хирургии в стационарном Медицинском учреждении;

2.3.3. приобретение эндопротезов и эндопротезирование суставов; операции по пересадке органов; трансплантация костного мозга; пластическое и эстетическое хирургическое лечение; хирургическое лечение избыточной массы тела / ожирения;

2.3.4. стационарные реабилитационные услуги; услуги по лечению психических заболеваний / психиатрических заболеваний; Услуги по долгосрочному уходу / наблюдению и поддерживающему уходу.

3. БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ, ПОСЛЕРОДОВОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

3.1. Страховой случай признается по факту расходов на Медицинские услуги, предоставленных Застрахованному лицу в связи с осложнениями во время беременности, родовспоможения и в послеродовой период.

3.2. Компенсируемые медицинские услуги:

3.2.1. диагностика беременности, услуги по ведению беременности (периодические визиты к беременным; последующее наблюдение за нормальной беременностью или беременностью с повышенным риском), предоставляемые в соответствии с применимыми правовыми нормами в отношении специализированных медицинских осмотров беременных женщин;

3.2.2. диагностика плода, пренатальные анализы, консультации врача-генетика и назначенное лечение;

3.2.3. диагностика и лечение проблем со здоровьем, выявленных во время визитов беременной; диагностика и лечение проявившихся патологий беременности (напр., гинекологических, эндокринных, грудных, неврологических, урологических и др.);

3.2.4. диагностика и лечение проблем со здоровьем, проявившихся или обострившихся в связи с родами и / или после них, в период грудного вскармливания;

3.2.5. Застрахованной предоставляются услуги по ведению беременности, родовспоможению и послеродовой уход, платная палата после родов в стационарных Медицинских учреждениях.

4. ОДОНТОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛУГИ

4.1. Страховой случай признается по факту расходов Застрахованного лица на Медицинские услуги, оказанные в связи с лечением и профилактикой заболеваний полости рта, стоматологических и челюстно-лицевых заболеваний.

4.2. Компенсируемые медицинские услуги:

4.2.1. консультация специалиста по уходу за полостью рта, оценка гигиены полости рта, удаление твердого и мягкого зубного налета, аппликации фтора;

4.2.2. консультация врача-одонтолога или челюстно-лицевого хирурга; общие эндодонтические, ортодонтические, пародонтологические лечебные услуги, зубная хирургия,

ортогнатические лечебные услуги; услуги по восстановлению дефектов твердых тканей зубов пломбами, вкладками, накладками и ламинатами; радиологическое обследование, обезболивание, удаление зубов, включая зубную хирургию дня, лечение с заменой зубной кости, использованием искусственной кости; зубные капы (напр., в связи с бруксизмом, ортодонтом, в релаксационных целях);

4.2.3. услуги по изготовлению и установке зубных протезов; имплантация.

4.3. Некомпенсируемые услуги:

4.3.1. отбеливание зубов, включая отбеливание капями.

5. ЛЕКАРСТВА, ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ

5.1. Страховой случай признается по факту расходов Застрахованного лица на приобретение Лекарств в Аптеке, Медицинском учреждении в связи с Расстройством здоровья и/или приобретение ортопедических изделий либо получение напрокат в Аптеке, специализированном магазине по рецепту врача или по медицинскому документу, подтверждающему врачебное назначение.

5.2. Подлежат компенсации:

5.2.1. приобретение Лекарств и Медицинских изделий, компенсируемых из бюджета Фонда обязательного страхования здоровья (PSDF); приобретая Лекарства с частичной компенсацией PSDF, Застрахованное лицо получает полное возмещение доплаты, если Договором не предусмотрено иное;

5.2.2. Лекарства и Медицинские изделия, не компенсируемые из PSDF, компенсируются в соответствии с Договором;

5.2.3. Лекарства и медицинские изделия, использованные в однодневной хирургии/дневном стационаре и / или амбулаторной хирургии, компенсируются в соответствии с Договором.

5.3. Невозмещаемые расходы:

5.3.1. Приобретение Лекарственных препаратов от болезней зависимости, нарушения потенции, для снижения массы тела; половые гормоны и препараты, воздействующие на репродуктивную систему; противозачаточные средства;

5.3.2. витаминно-минеральные добавки классификации АТС с кодом А11 или А12 не компенсируются независимо от того, приобретены они в аптеке по рецепту врача или без него;

5.3.3. термометры, гигиенические средства и приборы, тестеры, обогреватели, весы и приборы для измерения артериального давления, весы, а также другое функционально-диагностическое оборудование и/или другие приборы и / или устройства;

5.3.4. приобретение компенсационной техники (инвалидные коляски, функциональные кровати);

5.3.5. приобретение, прокат оздоровительных / реабилитационных устройств;

5.3.6. препараты растительного и животного происхождения, гомеопатические; препараты и изделия общего назначения без кода АТС.

6. ВИТАМИНЫ, БЕЗРЕЦЕПТУРНЫЕ ЛЕКАРСТВА

6.1. Страховой случай признается по факту приобретения витаминов, пищевых добавок, рецептурных и безрецептурных Лекарств, связанных с лечением или профилактикой Расстройства здоровья Застрахованного в Аптеках, и понесенные в связи с этим расходы.

6.2. Компенсация за медицинские услуги, страховые продукты:

6.2.1. витамины, минеральные и пищевые добавки; гомеопатические средства; лекарственные средства растительного или животного происхождения; препараты различного действия, которым не присвоена АТС классификация;

6.2.2. лекарства, отпускаемые без рецепта врача;

6.2.3. витамины и минералы с АТС кодом А11 или А12.

6.3. Невозмещаемые расходы, имеющие источником:

6.3.1. лекарства от болезней зависимости; препараты от нарушения потенции, для снижения веса; половые гормоны и препараты, воздействующие на репродуктивную систему; противозачаточные средства.

7. ОПТИКА

7.1. Страховой случай признается по факту оказания Застрахованному лицу Медицинских услуг, предоставленных Застрахованному в связи с нарушениями зрения, и понесенные в результате расходы.

7.2. Компенсируемые медицинские услуги:

7.2.1. консультация врача-офтальмолога или оптометриста при подборе оптических изделий;

7.2.2. корректирующие линзы, оправы корректирующих очков; контактные линзы и средства ухода, прописанные офтальмологом или оптометристом, необходимые для коррекции нарушений зрения, если они приобретены в специализированной оптике;

7.2.3. операции по коррекции и/или сохранению зрения, одноразовые инструменты и приспособления для таких операций;

7.2.4. услуги по изготовлению корректирующих очков и линз;

7.2.5. приобретение компьютерных очков, солнцезащитных очков с диоптриями.

7.3. Невозмещаемые расходы при приобретении:

7.3.1. средств и аксессуаров для ухода за очками (футляры для очков, чистящие средства, салфетки и т.д.);

7.3.2. солнцезащитных очков;

7.3.3. «искусственных слез», добавок, лекарств.

8. ПЕРИОДИЧЕСКИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕДОСМОТРЫ, ОБСЛЕДОВАНИЯ

8.1. Страховой случай признается по факту расходов Застрахованного лица на Медицинские услуги, предоставленные Застрахованному лицу в Медицинском учреждении в связи с Нарушениями здоровья для их предотвращения или предварительной оценки, и соответственно понесенные расходы.

8.2. Компенсируемые медицинские услуги:

8.2.1. Осмотры и консультации, назначенные врачом или выбранные Застрахованным;

8.2.2. профилактический осмотр здоровья; медицинские осмотры с целью получения справок; медосмотры работников для определения их пригодности к работе;

8.2.3. диагностика генетически обусловленных, врожденных заболеваний;

8.2.4. консультации врача спортивной медицины;

8.2.5. диагностика СПИДа, ВИЧ, сифилиса, гонореи, трихомониаза, хламидиоза, уреаплазмоза, вируса папилломы человека, генитального герпеса и других болезней, распространяющихся половым путем;

8.2.6. диагностика и консультации, не связанные с Расстройством здоровья, по поводу которого обратился

Застрахованный, если результаты проведенных анализов не превышают пределы нормы;

8.2.7. лабораторное исследование витаминов;

8.2.8. диагностические исследования хронических болезней;

8.2.9. диагностика бесплодия (неспособности к зачатию), консультации по контрацепции;

8.2.10. диагностика варикозного расширения ногных вен.

8.3. Некомпенсируемые услуги:

8.3.1. диагностика беременности, наблюдение; Диагностика состояний здоровья, возникших или усугубившихся в связи с беременностью и / или ее прерыванием по медицинским показаниям; диагностика проблем со здоровьем, вызванных родами и грудным вскармливанием;

8.3.2. услуги нетрадиционной медицины;

8.3.3. консультация и назначенные обследования врача-одонтолога, специалиста по болезням ротовой полости, челюстно-лицевого хирурга.

9. ПРИВИВКИ

9.1. Страховой случай признается по факту расходов Застрахованного лица на Медицинские услуги по вакцинации (прививочные услуги), оказанные в Медицинском учреждении, и соответствующие расходы, понесенные Застрахованным лицом.

9.2. Компенсируемые медицинские услуги:

9.2.1. прививки (введение вакцины) по выбору Застрахованного или по назначению врача;

9.2.2. прививки и медицинская консультация.

10. РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ

10.1. Страховой случай признается по факту расходов Застрахованного лица на Медицинские услуги, связанные с Реабилитационным лечением, и понесенные в связи с этим расходы.

10.2. Компенсируемые медицинские услуги:

10.2.1. при выборе подвида «Медицинская реабилитация» Программы страхования здоровья возмещаются следующие услуги: консультации врача физической медицины-реабилитолога; специалиста по кинезиотерапии, эрготерапии, физиотерапевтические процедуры (ультразвук, микроволны, импульсная терапия, магнитотерапия и др. реабилитационные мероприятия Реабилитационного лечения), процедуры по кинезиотерапии, эрготерапии, грязевые и водные процедуры, лечебные массажи, галотерапия, мануальная терапия;

10.2.2. при выборе подвида «Реабилитационное лечение после 72 часов стационарного лечения» Программы страхования здоровья компенсируются: консультации физиотерапевта и эрготерапевта (в рамках компетенции врача-специалиста); физиотерапевтические процедуры (ультразвук, микроволны, терапия импульсным током, магнитотерапия и др. реабилитационные мероприятия Реабилитационного лечения), процедуры по кинезиотерапии, эрготерапии, грязевые и водные процедуры, лечебные массажи, галотерапия, мануальная терапия; продолжительность курса не менее 72 часов;

10.2.3. при выборе подвида «Реабилитация» Программы страхования здоровья возмещаются консультации врача

физической медицины-реабилитолога; консультации кинезиотерапевта, эрготерапевта (в рамках компетенции врача-специалиста); физиотерапии (ультразвук, микроволны, терапия импульсным током, магнитотерапия и др. реабилитационные мероприятия Реабилитационного лечения), процедур по кинезиотерапии, эрготерапии, грязевые и водные процедуры, лечебные массажи, галотерапия, мануальная терапия;

10.2.4. при выборе подвида «Медицинское оздоровление» Программы страхования здоровья возмещаются следующие услуги: консультации врача спортивной медицины, физической медицины и реабилитации; консультации кинезиотерапевта, эрготерапевта; физиотерапевтические процедуры (ультразвук, микроволны, импульсная терапия, магнитотерапия и др. реабилитационные мероприятия Реабилитационного лечения), процедуры по кинезиотерапии, эрготерапии, грязевые и водные процедуры, лечебные массажи, галотерапия, мануальная терапия; услуги Нетрадиционной медицины.

10.3. Некомпенсируемые услуги:

10.3.1. предоставление ночлега/проживания, питания;

10.3.2. приобретение или аренда оздоровительного, реабилитационного оборудования;

10.3.3. массажи лица, косметологические процедуры;

10.3.4. услуги по Реабилитационному лечению при остеохондрозе и/или дегенеративных изменениях (если выбран подвид «Медицинская реабилитация» Программы страхования здоровья).

11. МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

11.1. Страховой случай признается по факту расходов на Медицинские услуги, оказанные Застрахованному в Медицинском учреждении, Аптеке или специализированной оптике и/или в магазине ортопедических товаров в связи с Расстройством здоровья или его предотвращением.

11.2. Компенсируемые услуги:

11.2.1. компенсируемые и некомпенсируемые медицинские услуги в соответствии с описаниями программ страхования здоровья со следующими исключениями:

- а) Амбулаторное лечение и диагностика
- б) Стационарное лечение
- в) Беременность, роды, послеродовое наблюдение
- г) Одонтологические услуги
- д) Лекарства и Медицинские средства
- е) Витамины, безрецептурные лекарства
- ж) Оптика
- з) Периодические профилактические медосмотры, обследования
- и) Прививки
- к) Реабилитационная терапия

11.2.2. услуги Нетрадиционной медицины;

11.2.3. консультации психолога (в том числе – на индивидуальной основе).

11.3. Некомпенсируемые услуги:

11.3.1. пластические операции и процедуры (при отсутствии Заболевания); эпиляция, процедуры по ботулинотерапии; массажи лица и косметологические процедуры;

11.3.2. приобретение средств гигиены, товаров и приспособлений по уходу за кожей и волосами, декоративной косметики;

11.3.3. услуги по предоставлению ночлега / проживания, питания;

11.3.4. приобретение или аренда Средств оздоровления или реабилитации;

11.3.5. процедуры по отбеливанию зубов;

11.3.6. приобретение средств по уходу за линзами очков и аксессуаров, солнцезащитных очков.

12. ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ

12.1. Страховым случаем признается оказание Медицинских услуг и / или Оздоровительных услуг Застрахованному лицу в Медицинском учреждении, СПА-центрах и санаториях, спортивных клубах, бассейнах, парках развлечений либо Медицинские услуги и/или Оздоровительные услуги, предоставленные лицом, имеющим право заниматься соответствующей деятельностью, и понесенные в результате расходы Застрахованного лица.

12.2. Компенсируемые Медицинские услуги и Оздоровительные услуги:

12.2.1. консультации и услуги врача спортивной медицины, врача физической медицины и реабилитации, кинезиотерапевта, рефлексотерапевта; водные и физиотерапевтические процедуры, мануальная терапия; массажные грязевые процедуры; анализ на определение состава тела, тесты на эргономическое положение тела и другие услуги, предусмотренные Договором;

12.2.2. консультации и психотерапевтическое лечение у психиатра, психолога, медицинского психолога, психолога-психотерапевта;

12.2.3. Нетрадиционная медицина;

12.2.4. фитнес, ЛФК - индивидуальные и групповые занятия;

12.2.5. Консультации диетолога, специалиста по питанию, составление плана питания.

12.3 Если услуги, указанные в пункте 12.2.4 Приложения № 1 к Правилам по страхованию здоровья, приобретаются по абонементу на Оздоровительные услуги, возмещению подлежит только часть расходов - за период действия абонемента, совпадающий со сроком действия Страховой защиты.

12.4. Некомпенсируемые услуги:

12.4.1. предоставление ночлега/проживания, питания;

12.4.2. приобретение или аренда средств оздоровления или реабилитации;

12.4.3. массажи лица и косметологические процедуры;

12.4.4. платное участие в спортивных соревнованиях/лагерях, спортивно-развлекательные мероприятиях (боулинг, картинг, бильярд, баня-бочка и т.п.); занятия/практики по медитации;

12.4.5. занятия, не предусматривающие физической активности (напр., интеллектуальные/ настольные игры).

13. ОБЩИЕ УСЛУГИ

13.1. Страховым событием признаются Медицинские услуги и / или Оздоровительные услуги, оказанные Застрахованному лицу в Медицинском учреждении, СПА-центрах и санаториях, спортивных клубах, бассейнах, парках развлечений либо Медицинские услуги и / или Оздоровительные услуги, предоставленные лицом, имеющим право заниматься соответствующей деятельностью, и соответствующие расходы на них Застрахованного лица.

13.2. Компенсируемые услуги:

13.2.1. возмещаемые и невозмещаемые Медицинские услуги, а также Оздоровительные услуги, указанные в программах Правил страхования по здоровью, с учетом дальнейших оговорок:

- а) Амбулаторное лечение и диагностика
- б) Стационарное лечение
- в) Беременность, роды, послеродовое наблюдение
- г) Одонтологические услуги
- д) Лекарства и медицинские средства
- е) Витамины, безрецептурные лекарства
- ж) Оптика
- з) Периодические профилактические медосмотры, обследования

и) Прививки

к) Реабилитационная терапия

л) Оздоровительные услуги

13.2.2. Нетрадиционная медицина;

13.2.3. средства личной гигиены; средства по уходу за зубами, включая зубные щетки, зубную пасту, жидкости для полоскания рта, ирригаторы, средства лечебного ухода за кожей, волосами.

13.1. Некомпенсируемые услуги:

13.3.1. представление ночлега / проживания, питания;

13.3.2. приобретение и аренда средств оздоровления или реабилитации;

13.3.3. массажи лица и косметологические процедуры; пластические операции и процедуры, если не имеется Расстройства здоровья; процедуры по депиляции; процедуры лечения ботулотоксином;

13.3.4. приобретение декоративной косметики, средств для укладки волос (прически), косметических приборов;

13.3.5. платное участие в спортивных соревнованиях / лагерях, развлекательных мероприятиях (кегли, картинг, бильярд, баня-бочка и т.п.); занятия / практики по медитации;

13.3.6. занятия, не предусматривающие физической активности (напр., интеллектуальные / настольные игры).

14. КРИТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

14.1. Страховой случай признается в соответствии с Перечнем Критических заболеваний / Договором у Застрахованного в связи с первоначально диагностированным Критическим заболеванием, при котором Застрахованный в период действия Страховой защиты несет расходы, получая Услуги по медицинским показаниям, которые не компенсируются из бюджета обязательного страхования здоровья (фонда PSDF в Литовской Республике).

14.2. Страховое возмещение:

14.2.1. При наступлении Страхового случая по Программе страхования здоровья независимо от количества одновременно диагностированных Критических заболеваний Страховое возмещение выплачивается Застрахованному как компенсация полученных медицинских услуг одним из следующих способов, выбранных Страхователем при заключении Договора:

14.2.1.1. в размере суммы страхования от критических заболеваний, предусмотренной Договором; или

14.2.1.2. в качестве страховых выплат в соответствии с требованиями, применимыми к страховым программам «Амбулаторное лечение и диагностика», «Стационарное лечение», «Реабилитационное лечение», «Лекарственные средства и Медицинские изделия» в рамках суммы настоящей Программы.

14.2.2. При выплате Страхового возмещения в соответствии с пунктом 14.2.1.2 Приложения №1 к Правилам по страхованию здоровья Застрахованному компенсируются расходы, понесенные в связи со Страховым случаем, наступившим в течение Периода страхования. Заявление о страховом возмещении и компенсации расходов следует подать не позднее чем в течение 6 (шести) месяцев с последнего дня периода страхования.

14.3. Нестраховые случаи по данной страховой программе:

14.3.1. событие, признаваемое Нестраховым случаем в соответствии пунктом 12 Правил по страхованию здоровья;

14.3.2. Критическое заболевание или болезнь, вызвавшая Критическое заболевание, было диагностировано до заключения Договора или менее чем через 60 (шестьдесят) дней после вступления в силу Страховой защиты. Это требование применяется и в случае, если действие Страховой защиты было приостановлено или прекращено в течение срока действия Договора. Однако не применяется, когда Страховая защита, предоставленная по Договору в рамках страховой программы «Критическое заболевание» продлевается на новый Период страхования, а также когда Критическое заболевание было вызвано Несчастливым случаем в этот указанный период;

14.3.3. Критическое заболевание не соответствует критериям признания Критического заболевания и Страхового случая, указанным в Программе страхования здоровья и в Перечне критических заболеваний;

14.3.4. рецидив того же Критического заболевания;

14.3.5. Смерть Застрахованного в течение 30 (тридцати) дней после того, как ему диагностировали одно из Критических заболеваний.

14.4. Перечень Критических заболеваний:

14.4.1. Перечень критических заболеваний, определения, критерии и требования для признания события Страховым случаем или Нестраховым случаем:

14.4.1.1. Злокачественная опухоль (рак) - неконтролируемый рост, распространение и инвазия (проникновение).

Страховое возмещение выплачивается только в случае неопровержимых признаков тканевой инвазии и при гистологическом подтверждении малигнизации клеток. Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом, имеющим квалификацию в области диагностики и лечения злокачественных новообразований.

В понятие рака входят также лейкомия и злокачественная лимфома, миелодиспластический синдром. В этих случаях диагноз должен быть подтвержден онкологом или гематологом.

Страховое возмещение не выплачивается в следующих случаях:

- локализованные неинвазивные опухоли только с ранними злокачественными проявлениями (карцинома in situ), включая протоковую и дольковую карциному in situ, дисплазию шейки матки, цервикальную интраэпителиальную неоплазию (CIN-1, CIN-2, CIN-3);
- хронический лимфолейкоз, если не диагностирована как минимум стадия В по классификации BINET;
- любой вид рака предстательной железы, если его стадия гистологически не классифицируется как более превышающая 6-ю по шкале Глисона или рак не прогрессировал как минимум до стадии T2N0M0 по клинической классификации TNM;
- базальноклеточный рак кожи или плоскоклеточный рак или злокачественная меланома IA стадии (T1aN0M0), если не выявлены метастазы этой опухоли;
- папиллярный рак щитовидной железы диаметром менее 1 см, гистологически классифицируемый как T1N0M0;
- микрокарциномы мочевого пузыря, гистологически классифицируемые как Ta;
- истинная полицитемия и первичная тромбоцитемия;
- неуточненная моноклональная гампатия;
- MALT-лимфома желудка (экстранодальная маргинальная лимфома желудка), если ее можно лечить по схеме эрадикации (уничтожения) *Helicobacter*;
- гастроинтестинальная стромальная опухоль (ГИСО), 1-2 стадия рака по диагностической системе AJCC (The American Joint Committee on Cancer - Американский объединенный онкологический комитет);
- кожные лимфомы, если заболевание не нуждается в лечении химиотерапией или лучевой терапией;
- микроинвазивная карцинома молочной железы (гистологически классифицируемая как стадия T1mic), если не требуется мастэктомия, химиотерапия или лучевая терапия;
- микроинвазивная карцинома шейки матки (гистологически классифицируется как стадия IA1), если заболевание не требует гистерэктомии, химиотерапии или лучевой терапии;
- Злокачественная опухоль (рак) Застрахованного вследствие ВИЧ или СПИДа, если такой диагноз был поставлен до заключения Договора или в период его действия.

14.4.1.2. Инфаркт миокарда - острое необратимое поражение сердечной мышцы (некроз), развивающееся при нарушении адекватного артериального кровотока в соответствующем сегменте миокарда.

Инфаркт миокарда должен быть подтвержден изменением лабораторных показателей инфаркта миокарда (тропонина или ферментов КФК-MB) до уровней, характерных для инфаркта миокарда, при соблюдении не менее 2 (двух) из следующих критериев:

- клинические симптомы ишемии (длительная стенокардия);
- новые электрокардиографические (ЭКГ) изменения, характерные для инфаркта миокарда, свидетельствующие об ишемии миокарда (новые изменения зубцов ST-T или новая блокада левой ножки пучка Гиса);
- наличие патологического зубца Q на ЭКГ.

Диагноз должен быть подтвержден кардиологом.

Страховое возмещение не выплачивается в следующих случаях:

- повышенное содержание тропонина при отсутствии явной ишемической болезни сердца (напр., миокардит, стресс-индуцированная кардиомиопатия, сердечное биение, легочная эмболия, лекарственная интоксикация);

- если инфаркт миокарда случился при неизмененных коронарных артериях из-за спазма коронарных артерий, миокардиальных «мостов» (сдавления коронарных артерий сердца) или употребления наркотиков;

- если инфаркт миокарда случился в течение 14 (четырнадцати) дней после коронарной ангиопластики или операции по шунтированию.

14.4.1.3. Инсульт (мозговой инфаркт) - у Застрахованного диагностирована гибель тканей головного мозга вследствие острого нарушения мозгового кровообращения, вызванного внутричерепным тромбозом, кровоизлиянием (в том числе субарахноидальным кровоизлиянием или эмболизацией из экстракраниальных источников), что вызвало острые симптомы и стойкий неврологический дефицит.

Страховое возмещение выплачивается только в том случае, если стойкий неврологический дефицит сохраняется не менее 3 (трех) месяцев после инсульта (мозгового инфаркта). Стойкий неврологический дефицит должен подтверждаться невропатологом и методами визуализации (МРТ, КТ и др.).

Страховая выплата не полагается:

- вследствие транзиторной ишемической атаки (ПСИП) и обратимого ишемического неврологического дефицита (РИНД);
- вследствие травмы и/или прямого и/или послеоперационного непрямого повреждения головного мозга или сосудов во время операции;
- при наличии неврологического дефицита вследствие общей гипоксии, инфекции, воспалительного заболевания, мигрени или медикаментозного вмешательства;
- случайные результаты визуализации (компьютерная томография или магнитно-резонансная томография) без явных клинических признаков инсульта («бессимптомный инсульт»).

14.4.1.4. Операция по шунтированию коронарных артерий -

Застрахованному лицу была проведена открытая операция на сердечно-сосудистой системе для коррекции сужения или окклюзии двух или более сердечно-сосудистых сосудов с использованием шунта (поверхностной вены ноги, внутренней грудной или другой подходящей артерии и т. д.) в качестве аутологичного трансплантата.

Страховое возмещение выплачивается исключительно в случае подтверждения необходимости операции врачом-кардиологом по результатам ангиографии.

Страховое возмещение не выплачивается, если:

выполнено шунтирование единственной заблокированной (суженной) артерии сердца;

выполнена коронарная ангиопластика или имплантация стента.

14.4.1.5. Операция на клапанах сердца - в процессе операции Застрахованному заменили клапан/ клапаны сердца одним из способов:

- заменой или коррекцией клапана сердца во время операции, которая была выполненной открытым способом (вскрытие грудной клетки);
- операцией Россо;
- имплантацией клапанов сердца через катетер (катетерная вальвулопластика);
- имплантацией аортального клапана через катетер (TAVI).

Необходимость операции обязательно всегда подтверждается врачом-кардиологом или врачом-кардиохирургом на основании данных эхокардиографии или катетеризации сердца.

Страховое возмещение не выплачивается при катетерном сужении двустворчатого (митрального) клапана.

14.4.1.6. Операция на аорте - Застрахованному проведена операция на аорте с целью коррекции (лечения) сужения, окклюзии, аневризмы или расслоения аорты.

Эта операция подразумевает открытую хирургию и минимально инвазивные процедуры (это, например, эндоваскулярная коррекция). Необходимость операции должна быть подтверждена врачом кардиохирургом и данными визуализации.

Страховое возмещение не выплачивается в следующих случаях:

- выполнена хирургия грудной и брюшной ветвей аорты (в том числе шунтирование аорты и бедренной артерии);
- операция на аорте в связи с врожденными заболеваниями соединительной ткани (напр., синдром Марфана, синдром Элерса-Данлоса);
- операция по причине травматического повреждения аорты.

14.4.1.7. Трансплантация внутренних органов / костного мозга

- Застрахованный фактически перенес операцию по пересадке органов в качестве реципиента (независимо от количества операций или количества органов, подлежащих пересадке) или если Застрахованный, который считается неизлечимым другими средствами и нуждается в такой операции по пересадке органов, представляет подтверждение от специалиста соответствующей области о том, что Застрахованный был внесен в официальный список ожидания на трансплантацию органов.

Операции по пересадке органов, за которые выплачивается страховое возмещение (сердце, почка(и), печень, в том числе доля печени живого донора; легкое, включая трансплантацию доли легкого живого донора или одного легкого целиком); трансплантация костного мозга (аллогенных гематопозитических стволовых клеток), проведенная после полного удаления костного мозга; трансплантация тонкой кишки, поджелудочной железы; частичная или полная трансплантация лица, кисти руки, руки или ноги (комплексная пересадка тканевых аллотрансплантатов).

Страховое возмещение не выплачивается в следующих случаях:

- при пересадке других органов, частей тела или тканей (в том числе роговицы глаза и кожи);
- при трансплантации других клеток (включая островковые клетки поджелудочной железы и некроветворные стволовые клетки).

14.4.1.8. Почечная недостаточность - терминальная стадия почечной недостаточности вследствие необратимого поражения сразу двух почек, в связи с чем Застрахованному требуется регулярный гемодиализ или перитонеальный диализ.

Необходимость диализа должна быть подтверждена врачом-нефрологом и данными тестирования функции почек.

Страховое возмещение не выплачивается при острой обратимой почечной недостаточности, т.е. когда требуется только временный диализ.

14.4.1.9. Рассеянный склероз - диагностированный врачом-неврологом после развернутого стационарного неврологического обследования на основании клинической неврологической симптоматики и отвечающий следующим критериям:

- множественный неврологический дефицит сохраняется более 6 (шести) месяцев; а также
- заболевание подтверждено магнитно-резонансной томографией, при которой в головном или спинном мозге наблюдается не менее 2 (двух) очагов демиелинизации, характерных для рассеянного склероза.

Страховое возмещение не предоставляется в следующих случаях:

- при подозрении на рассеянный склероз (диагноз может быть еще не поставлен), включая неврологические или рентгенологические изолированные синдромы;

- при выявлении изолированного оптического неврита и/или оптического нейромиелимита.

14.4.1.10. Болезнь Паркинсона до 65 лет - при однозначном первоначальном диагнозе врача-невролога в отношении Застрахованного, который еще не достиг возраста 65 (шестидесяти пяти) лет.

Страховое возмещение выплачивается при соблюдении всех следующих условий:

а) констатация не менее 2 (двух) из перечисляемых клинических признаков:

- ригидность мышц (мышечная скованность);
- тремор (дрожь);
- брадикинезия (сильно выраженная замедленность движений, вялость физических и психических реакций).

б) полная неспособность изо дня в день в течение не менее чем 3 (трех) месяца выполнять не менее трех из указанных шести действий:

- помыться в ванной или душе, включая вход и выход, или достаточно качественно помыться иным способом;
- снять, надеть и застегнуть одежду (при необходимости - надеть подтяжки, прикрепить протез или другое ортопедическое приспособление);
- самостоятельно поесть, когда пища уже приготовлена и подана на стол;
- поддерживать достаточную личную гигиену при отправлении физиологических потребностей в туалете или иным образом;
- передвижение в пределах дома: способность перейти из одной комнаты в другую комнату, находящуюся на том же этаже;
- разный уровень тела: способность лечь в кровать и встать с кровати, пересесть на стул/в инвалидную коляску и наоборот.

Если изменения в перечисленных клинических признаках имеют отношение к имплантации нейростимулятора головного мозга, то независимо от способностей, проявляемых больным в течение суток, заболевание расценивается как критическое. Необходимость имплантировать нейростимулятор должен подтвердить врач-невролог или врач-нейрохирург.

Страховое возмещение не предоставляется в следующих случаях:

- при установленном вторичном паркинсонизме (включая паркинсонизм, связанный с лекарствами или токсинами);
- при установленном спонтанном треморе;
- при установленном паркинсонизме, который связан с другими нейродегенеративными заболеваниями.

14.4.1.11. Болезнь Альцгеймера (до 65 лет) - диагностирована врачом-неврологом у Застрахованного в возрасте до 65 (шестидесяти пяти лет); и подтверждена необходимость ухода за Застрахованным.

Страховое возмещение выплачивается при соблюдении всех следующих условий:

- заболевание подтверждается типичными нейропсихологическими и нейровизуализационными данными, например, компьютерной томографией, магнитно-резонансной томографией;
- подтверждена утрата интеллектуальных способностей, проявляющаяся нарушениями памяти и когнитивных функций (способностей генерировать мысли и последовательно их излагать, заниматься организационными вопросами и др.), т.е. значительное сужение психических и социальных функций;
- выявлено изменение личности;
- подтверждено медленное, но неуклонное снижение когнитивных функций;

- не установлено расстройства сознания;

- врач-невролог определил и подтвердил, что Застрахованный нуждается в уходе постоянно, 24 часа в сутки.

Страховое возмещение не выплачивается при прочих формах слабоумия, вызванных болезнью мозга, системным или психическим заболеванием.

14.4.1.12. Ожоги третьей степени - Ожоги тела Застрахованного, обширные и глубокие, покрывающие не менее 20 (двадцати) процентов тела, с повреждением всех слоев кожного покрова что подтвердил врач-хирург.

В бытовых условиях процент поражения можно определить Диаграммой Лунда-Браудера, а в быту - Правилем ладони (она по размеру соответствует примерно 1 (одному) проценту поверхности тела).

14.4.1.13. Доброкачественная опухоль головного мозга - разрастание в полости черепа тканей головного мозга, мозговых оболочек или черепно-мозговых нервов. Опухоль диагностируют врачи - невролог и нейрохирург, их заключение подтверждается данными визуального обследования.

Страховое возмещение выплачивается, если:

а) опухоль была пролечена по крайней мере одним из способов:

- полное или частичное хирургическое удаление;

- стереотаксическая радиохирургия;

- дистанционная лучевая терапия; или

б) по медицинским показаниям нельзя было применить ни один из этих способов, а развитие опухоли тем вызывает стойкий неврологический дефицит в течение не менее 3 (трех) месяцев после постановки диагноза.

Страховое возмещение не предоставляется в следующих случаях:

- при выявлении или лечении любых кист головного мозга, гранулем, гамартом или артериовенозных, венозных или кавернозных мальформаций головного мозга;

- диагностированы опухоли шишковидной железы (гипофиза). Страховое возмещение не выплачивается, если: выявлена или пролечена любая киста головного мозга, гранулема, гамартома, артериовенозная, венозная или кавернозная мальформация головного мозга.

14.4.1.14. Слепота - полная и необратимая потеря зрения на оба глаза как следствие травмы или болезни, которую невозможно излечить рефракционной коррекцией, медикаментами или хирургическим вмешательством. Диагноз Застрахованного лица должен быть подтвержден данными объективного обследования и заключением комиссии врачей-специалистов через 6 (шесть) месяцев после постановки диагноза. Диагноз «Слепота» (полная потеря зрения) ставится при способности видящего глаза не более 0,05 диоптрий (3/60) или суженном поле зрения менее чем на 10° после оптической коррекции.

Страховое возмещение не полагается в следующих случаях:

- потеря зрения на один глаз;

- различные обратимые нарушения зрения.

14.4.1.15. Глухота - постоянная и необратимая потеря слуха на оба уха как следствие болезни или физического повреждения. Диагноз ставится врачом-отоларингологом и подтверждается аудиометрическими данными. Порог слышимости не менее 90 децибелов на здоровое ухо в диапазоне частот 500, 1000 и 2000 герц (Гц).

14.4.1.16. Потеря речи - возникшая в результате физической травмы или заболевания полная и необратимая потеря способности говорить (немота), которая не может быть устранена никакими методами лечения и длится не менее 6 (шести) месяцев. Страховое возмещение Застрахованному лицу не выплачивается, если речь утрачена вследствие расстройства психики или психического заболевания.

14.4.1.17. Утрата функции конечностей - диагностированная

полная и необратимая потеря двух (или более) конечностей либо утрата функции. Может быть следствием болезни, повреждения спинного или головного мозга. Потеря конечности констатируется в случае, когда Застрахованный лишился части конечности - выше коленного или локтевого сустава.

Страховое возмещение выплачивается, если период, когда Застрахованный лишен конечности, составляет более чем 3 (три) месяца и подтверждается врачом-неврологом на основании клинических симптомов и диагностических исследований.

Страховое возмещение не предоставляется в следующих случаях:

- паралич, причина которого - умышленное самоповреждение или нарушение психики Застрахованного;

- Синдром Гийена-Барре;

- периодический (транзиторный) или врожденный паралич.

14.4.1.18. Кома - это состояние потери сознания, диагностированное врачом-неврологом и отвечающее всем следующим условиям:

- отсутствие реакции на внешние раздражители (8 баллов по шкале комы Глазго и ниже) или отсутствие реакции на естественные потребности не менее 96 (девяноста шести) часов;

- требуется применение систем жизнеобеспечения;

- необратимый неврологический дефицит возникает не менее чем через 30 (тридцать) дней после наступления комы.

Страховое возмещение не предоставляется в следующих случаях:

- если коматозное состояние вызвано лекарствами, которые принимались с целью лечения;

- если имел факт кома из-за членовредительства, употребления алкоголя или наркотиков.

14.4.1.19. Вирусный энцефалит - воспаление головного мозга (полушарий, ствола, головного мозга), вызванное вирусной инфекцией. Диагноз должен быть подтвержден неврологом после соответствующего стационарного обследования с указанием клинических симптомов, ликворных нарушений и иммунологических/серологических показателей.

Страховое возмещение выплачивается при соблюдении всех следующих условий:

- возникает неврологический дефицит; а также

- длится не менее 3 (трех) месяцев.

Страховое возмещение предоставляется бесплатно в следующих случаях:

-если энцефалит вызван вирусом ВИЧ;

-если энцефалит вызван бактериями или простейшими паразитами;

- в случае паранеопластического энцефаломиелита.