

**ПАМЯТКА ПОЛУЧАТЕЛЮ СТРАХОВЫХ УСЛУГ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ (ПОЛИСУ)**

**«ЗДОРОВЬЕ И УВЕРЕННОСТЬ»  
по добровольному медицинскому страхованию**

1. Способ и порядок подачи заявления о заключении Договора страхования (Полиса)	1.1. Договор страхования (Полис) заключается на основании устного заявления Страхователя.
2. Документы, с которыми необходимо ознакомиться при заключении Договора страхования (Полиса)	2.1. Договор страхования (Полис) «Здоровье и уверенность» (лицевая и оборотная стороны) (далее – Договор страхования (Полис)) 2.2. Условия страхования к Договору страхования (Полису) «Здоровье и уверенность» (далее – Условия, Приложение №1 к Договору страхования (Полису)) 2.3. Программа добровольного медицинского страхования «Здоровье и уверенность» (далее – Программа, Приложение №2 к Договору страхования (Полису)). 2.4. Настоящая памятка. Правила добровольного медицинского страхования граждан в редакции от 22.07.2019, размещенные на интернет-странице Страховщика по адресу: <a href="https://www.sogaz.ru/info/">https://www.sogaz.ru/info/</a> или доступны для загрузки по ссылке <a href="https://www.sogaz.ru/upload/iblock/206/003_pravila-dobrovolnogo-meditsinskogo-strakhovaniya-grazhdan-ot-22.07.2019.pdf">https://www.sogaz.ru/upload/iblock/206/003_pravila-dobrovolnogo-meditsinskogo-strakhovaniya-grazhdan-ot-22.07.2019.pdf</a>
3. Условия, на которых заключается договор (полис) страхования	3.1. Объект страхования: В соответствии с пунктом 2.1 Условий. 3.2. Страховой случай: 3.2.1. Обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования по настоящему Договору страхования (Полису) для организации и оказания Застрахованному лицу телемедицинских консультаций, предусмотренных п. 3.1 Программой, по поводу расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, связанного с злокачественными новообразованиями. 3.2.2. Возникновение в течение срока действия страхования по настоящему Договору страхования (Полису) необходимости организации и оказания иных услуг, предусмотренных п. 3.4 Программы, в связи с впервые диагностированным и установленным в течение срока действия страхования по настоящему Договору страхования (Полису) диагнозом злокачественные новообразования, новообразования головного мозга, при условии документального подтверждения установленного диагноза. 3.2.3. Обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования по настоящему Договору страхования (Полису) в медицинскую или иную организацию из числа согласованных Страховщиком для организации и оказания Застрахованному лицу предусмотренных п.п. 3.2 – 3.3 Программы медицинских услуг, в связи с впервые диагностированным и установленным в течение срока действия страхования по настоящему Договору страхования (Полису) диагнозом злокачественного новообразования, новообразования головного мозга, при условии документального подтверждения установленного диагноза.. 3.3. Перечень, объем медицинских и иных услуг, условия их получения определяются Программой.
4. Размер страховой премии, порядок ее уплаты, последствия неуплаты или уплаты страховой премии не в полном размере	4.1. Обстоятельства, влияющие на размер страховой премии: страховая сумма, срок действия договора страхования. 4.2. Размер страховой премии указан в пункте 7 Договора страхования (Полиса). Уплата страховой премии производится одновременно при заключении Договора страхования (Полиса) (п. 8 Договора страхования (Полиса)). 4.3. В случае неуплаты страховой премии или уплаты премии не в полном объеме в установленный Договором страхования (Полисом) срок, договор страхования считается не вступившим в силу и выплаты по нему не производятся.
5. Франшиза, исключения из страхования, отказ в страховой выплате	5.1. Франшиза при заключении Договора страхования (Полиса) временная франшиза составляет 180 дней с даты начала срока действия страхования по Договору страхования (Полису) в отношении услуг, указанных в п.п. 3.1.2, 3.2 – 3.4. Программы. 5.2. Случаи, не являющиеся страховыми и перечень заболеваний/состояний и услуг, обращение по поводу которых или в связи, с которыми не является застрахованным и не оплачивается Страховщиком, определен в разделе 4 Программы и включает: 5.2.1. Обращение за организацией оказания медицинских и иных услуг, произошедшее вне периода срока действия страхования, указанного в п. 9.2 Договора страхования (Полиса) и/или в период действия временной франшизы, а также обращение в связи со злокачественным новообразованием, новообразованием головного мозга, диагностированным Застрахованному лицу вне периода действия страхования по настоящему Договору страхования (Полису), не являются страховыми случаями и не оплачиваются Страховщиком. 5.2.2. Медицинские услуги, не назначенные врачом. 5.2.4. Лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским. 5.2.5. Любые медицинские услуги, не предусмотренные Программой. 5.2.6. Услуги, предусмотренные Программой, обращения за которыми происходит от лиц, находящихся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения; 5.2.7. Телемедицинские консультации, не связанные со злокачественным новообразованиями. 5.2.8. Расходы на имплантаты и обеспечение лекарственными средствами, назначенными врачом медицинской организации на территории Российской Федерации (за исключением лекарственных препаратов и расходных материалов, применяемых в стационарном обслуживании, стационарзамещающих технологиях и для химиотерапии). 5.2.9. Получение Застрахованным лицом медицинских и иных услуг в медицинских и иных организациях, не согласованных со Страховщиком.

6. Дополнительные условия для заключения Договора страхования (Полиса)	6.1. Медицинское анкетирование при заключении Договора страхования (Полиса) не производится. 6.2. Документы, необходимые для заключения Договора страхования (Полиса): документ, удостоверяющий личность Страхователя.
7. Порядок возврата страховой премии в случае отказа от Договора страхования (Полиса)	7.1. При отказе Страхователя от Договора страхования (Полиса) в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик, в соответствии с Указанием Банка России от 20.11.2015 № 3854-У и п.п. 5.10 – 5.14 Условий возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в полном объеме. Полис считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования (Полиса) или с 24 часов 00 минут четырнадцатого календарного дня с даты заключения Договора страхования (Полиса) в зависимости от того, что произошло ранее. Возврат страховой премии осуществляется способом, указанным Страхователем в заявлении об отказе от Договора страхования (Полиса), в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования (Полиса). 7.2. При отказе Страхователя от Договора страхования (Полиса) по истечении Периода охлаждения, досрочное прекращение Договора страхования (Полиса) осуществляется в соответствии со ст. 958 ГК РФ, уплаченная страховая премия возврату не подлежит, за исключением случаев отказа от Договора страхования (Полиса), указанных в п.п.5.3 и 5.17 Условий. 7.3. Отказ Страхователя от Договора страхования (Полиса) оформляется в письменном виде.
8. Страховая выплата	8.1. Медицинские услуги оказываются Застрахованному лицу в режиме работы медицинской организации, с которой у Страховщика есть договорные отношения, после обращения Застрахованного лица к врачу-куратору. При этом Страховщик осуществляет выплату в медицинскую или иную организацию в порядке, в сроки, и по расценкам, предусмотренным договором, заключенным между Страховщиком и медицинской или иной организацией. 8.2. Возмещение стоимости медицинских услуг и изделий медицинского назначения, оплаченных Страхователем (Застрахованным лицом) самостоятельно осуществляется только в том случае если самостоятельная оплата была предварительно согласована со Страховщиком путем обращения к врачу-куратору. Порядок осуществления возмещения указан в п. 6.5 Условий.
9. Принцип расчета страховой выплаты	Страховая выплата за оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги по Договору страхования (Полису) производится в следующем порядке: – в медицинскую или иную организацию в порядке, в сроки, и по расценкам, предусмотренным договором, заключенным между Страховщиком и медицинской или иной организацией. – в форме возмещения Страховщиком расходов Страхователя (Застрахованного лица) на оплату медицинских и иных услуг - только если это прямо предусмотрено договором страхования и Программой добровольного медицинского страхования, либо в случае согласования Страхователем (Застрахованным лицом) такой формы возмещения со Страховщиком в письменном виде.
10. Налогообложение страховой выплаты или возврата страховой премии при досрочном прекращении договора страхования	В соответствии со ст. 213 главы 23 Налогового Кодекса Российской Федерации.
11. О запросе дополнительной информации	Страхователь имеет право запросить в письменной форме информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру, если договор страхования заключается при посредничестве страхового агента/брокера
12. Куда обращаться при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая	По всем вопросам, связанным с организацией и предоставлением медицинской помощи, Застрахованное лицо обращается к врачу-куратору через круглосуточный медицинский пулль по телефону: 8 800 250 29 06

**Приложение № 1 к Договору страхования (Полису) «Здоровье и уверенность» –  
Условия страхования**

**1. Общие положения**

1.1. Настоящие Условия страхования (далее – Условия) являются неотъемлемой частью Договора страхования (Полиса), заключенного на основании устного заявления Страхователя на страхование, и подготовлены на основании Правил добровольного медицинского страхования граждан в редакции от 22.07.2019 (далее – Правила). Правила размещены на интернет-странице Страховщика по адресу: [https://www.sogaz.ru/upload/iblock/206/003\\_pravila-dobrovolnogo-meditsinskogo-strakhovaniya-grazhdan-ot-22.07.2019.pdf](https://www.sogaz.ru/upload/iblock/206/003_pravila-dobrovolnogo-meditsinskogo-strakhovaniya-grazhdan-ot-22.07.2019.pdf).

1.2. В случае если положения Договора страхования (Полиса) и настоящих Условий отличаются от положений Правил, применяются положения, изложенные в Договоре страхования (Полисе) и/или в настоящих Условиях.

1.3. Настоящий Договор страхования (Полис), в соответствии с положениями ст. 435 ГК РФ заключен в форме Договора страхования (Полиса)-оферты, при этом оплата страховой премии Страхователем является подтверждением его акцепта, т.е. согласия с условиями оферты, и подтверждает заключение настоящего Договора страхования (Полиса), согласно положениями п. 3 ст. 438 ГК РФ.

**1.4. Термины и определения:**

1.4.1. **Дата начала срока действия Договора страхования (Полиса) или Дата начала страхования по Договору страхования (Полису)** – дата уплаты Страхователем Страховщику страховой премии.

1.4.2. **Страховщик** – Акционерное общество «Страховое общество газовой промышленности» (АО «СОГАЗ»);

1.4.3. **Страхователь** – дееспособное физическое лицо, гражданин Российской Федерации;

1.4.4. **Застрахованное лицо** – указанное в Договоре страхования (Полисе) физическое лицо, полностью соответствующее условиям п. 11.2.6 Договора страхования (Полиса) и не подпадающее под перечень лиц, указанных п.2.2 настоящих Условий, в пользу которого заключен Договор страхования (Полис) и которое является получателем медицинских и иных услуг в рамках Программы.

1.4.5. **Программа добровольного медицинского страхования** (далее – «Программа») – перечень и порядок оказания Застрахованному лицу медицинской помощи и иных услуг в рамках Договора страхования (Полиса).

1.4.6. **Медицинские организации** – имеющие право на законных основаниях осуществлять медицинскую деятельность лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинские и иные услуги, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно;

- учреждения, осуществляющие фармацевтическую деятельность, предоставляющие лекарственную помощь, реализующие изделия медицинского назначения;

- специализированные организации, которые по поручению Страховщика обеспечивают организацию Застрахованным лицам медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования (Полисом).

1.4.7. **Иные организации** - имеющие договорные отношения со Страховщиком организации, которые по поручению Страховщика обеспечивают организацию Застрахованным лицам иных услуг, предусмотренных договором страхования.

1.4.8. **Медицинские услуги (медицинская помощь)** – первичная медико-санитарная помощь, специализированная помощь, оказываемая в рамках Договора страхования (Полиса) в соответствии с Программой, а также обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, при стационарном обслуживании в рамках Программы.

1.4.9. **Телемедицинские технологии, Телемедицина** – информационные технологии, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами и (или) их законными представителями, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении консилиумов, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента.

Договором страхования (Полисом) предусмотрено оказание телемедицинских консультаций в порядке, предусмотренном Программой.

1.4.10. **Иные услуги** – услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи Застрахованному лицу, оказываемые Страховщиком и (или) организацией, действующей по

поручению Страховщика, при наступлении страхового случая, в соответствии с п. 3.4 Программы.

1.4.11. **Период охлаждения** – период времени, установленный Указанием Центрального банка Российской Федерации от 20.11.2015 № 3854-У "О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования" (далее – Указание № 3854-У). В случае отказа Страхователя – физического лица от Договора страхования (Полиса) в течение периода охлаждения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию, в случаях и в порядке, предусмотренных п.п. 5.10-5.14 настоящих Условий. Продолжительность периода охлаждения - 14 (четырнадцать) календарных дней с даты заключения Договора страхования (Полиса).

1.4.12. **Временная франшиза** – период времени равный 180 (ста восьмидесяти) календарным дням с даты начала срока действия страхования по Договору страхования (Полиса), в течение которого обращение Застрахованного лица в медицинскую или иную организацию для получения медицинских и иных услуг, предусмотренной п.п. 3.1.2., 3.2. – 3.4. Программы (Приложение 2 к Договору страхования (Полису)), не является страховым случаем.

Лимит ответственности согласно п. 4.3 Правил – ограничение по размеру страховых выплат по заболеванию, определенному п. 2.2 Программы.

**2. Объект страхования**

2.1. Объектом медицинского страхования являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с оплатой организации и оказания ему медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг при наступлении страхового случая вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующего организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их, в объеме, предусмотренном Программой добровольного медицинского страхования (далее – Программа), в порядке и на условиях, указанных в Договоре страхования (Полисе).

2.2. При заключении Договора страхования (Полиса) на страхование не принимаются лица:

2.2.1. младше 1 года или старше 61 года включительно, на дату начала действия страхования по Договору страхования (Полису). Договор страхования (Полис), заключенный в отношении Застрахованного лица, которому исполнится 61 год в течение срока действия Договора страхования (Полиса), продолжает действовать до истечения срока действия Договора страхования (Полиса);

2.2.2. у которых имеются или ранее были диагностированы, а также которые проходили обследование или ожидают результатов анализов, по перечисленным ниже заболеваниям:

2.2.2.1. ВИЧ-инфекция или СПИД;

2.2.2.2. любые формы злокачественных новообразований, в том числе лейкомия, лимфома, рак и иные опухоли и новообразования;

2.2.2.3. полипы кишечника; воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона или неспецифический язвенный колит); поликистоз почек; асбестоз; любая форма гепатита или цирроза печени

2.2.3. находящиеся в местах лишения свободы;

2.2.4. не являющиеся гражданами Российской Федерации.

2.3. Лицам, указанным в п. 2.2 настоящих Условий, изъявляющим желание стать Застрахованным лицом, могут быть предложены альтернативные условия страхования после обращения к Страховщику.

**3. Страховой риск. Страховой случай**

3.1. Страховым риском является событие, на случай наступления, которого заключается Договор страхования (Полис), обладающее признаками вероятности и случайности.

3.2. Страховым случаем является:

3.2.1. Обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования по настоящему Договору страхования (Полису) для организации и оказания Застрахованному лицу телемедицинских консультаций, предусмотренных п. 3.1 Программой, по поводу расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, связанного с злокачественными новообразованиями.

3.2.2. Возникновение в течение срока действия страхования по настоящему Договору страхования (Полису) необходимости организации и оказания иных услуг, предусмотренных п. 3.4 Программы, в связи с впервые диагностированным и установленным в течение срока действия страхования по настоящему Договору страхования (Полису) диагнозом злокачественные новообразования, новообразования головного мозга, при условии документального подтверждения установленного диагноза.

3.2.3. Обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования по настоящему Договору страхования (Полису) в медицинскую или иную организацию из числа согласованных Страховщиком для организации и оказания Застрахованному лицу предусмотренных п.п. 3.2 – 3.3 Программы медицинских услуг, в связи с впервые диагностированным и установленным в течение срока действия страхования по настоящему Договору страхования (Полису) диагнозом злокачественного новообразования, новообразования головного мозга, при условии документального подтверждения установленного диагноза..

3.3. Перечень, объем медицинских и иных услуг, условия их получения определяются Программой

3.4. Обращение за организацией оказания медицинских и иных услуг, произошедшее вне срока действия страхования, указанного в п. 9.2 Договора страхования (Полиса) и/или в период действия временной франшизы, а также обращение в связи со злокачественным новообразованием, новообразованием головного мозга, диагностированным Застрахованному лицу вне срока действия страхования по настоящему Договору страхования (Полису), не являются страховыми случаями и не оплачиваются Страховщиком.

#### **4. Страховая сумма и страховая премия. Срок действия договора страхования**

4.1. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон и указывается в Договоре страхования (Полисе).

4.2. Размер страховой премии определяется по соглашению сторон исходя из страховой суммы, срока действия Договора страхования (Полиса) и степени страхового риска. Страховая премия указывается в Договоре страхования (Полисе).

4.3. Срок действия Договора страхования (Полиса), срок действия страхования устанавливаются по соглашению сторон и указываются в Договоре страхования (Полисе).

4.4. Договор страхования (Полис) вступает в силу с даты уплаты Страхователем страховой премии единовременно, в полном объеме и действует 18 месяцев - до окончания срока действия страхования, указанного в п. 9.2 Договора страхования (Полиса).

4.5. Обязательство Страхователя по уплате страховой премии считается исполненным:

4.5.1. при уплате страховой премии в безналичном порядке - с момента подтверждения исполнения перевода всей суммы страховой премии обслуживающей Страхователя кредитной организацией;

4.5.2. при уплате наличными деньгами - с момента внесения всей суммы страховой премии в кассу Страховщика или его уполномоченного представителя;

4.5.3. при уплате страховой премии путем перевода предоставляемых потребителем наличных денежных средств без открытия банковского счета - с момента внесения Страхователем наличных денежных средств кредитной организации либо банковскому платежному агенту (субагенту), осуществляющим деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации о национальной платежной системе.

4.6. В случае неуплаты страховой премии или уплаты страховой премии не в полном объеме в установленный настоящим Договором страхования (Полисом) срок, Договор страхования (Полис) не вступает в силу.

#### **5. Порядок заключения и прекращения договора страхования**

5.1. Договор страхования (Полис) заключается в письменной форме путем вручения Страхователю Договора страхования (Полиса), Условий и Программы добровольного медицинского страхования «Здоровье и уверенность» (Приложение № 2 к Договору страхования (Полису)).

5.2. При заключении Договора страхования (Полиса) Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска). Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в Договоре страхования (Полисе) и в письменном запросе Страховщика.

5.3. Если будет установлено, что Договор страхования (Полис) заключен в пользу лица, указанного в п. 2.2. Условий без согласия Страховщика (ложные сведения), Страховщик вправе потребовать признание Договора страхования (Полиса) недействительным, и применения последствий, предусмотренных п. 2. ст. 179 ГК РФ. В таком случае плательщик страховой премии имеет право на возврат уплаченной страховой премии в полном объеме.

5.4. При утрате Страхователем (Застрахованным лицом) страховых документов, указанных в п. 5.1. Условий, Страхователь должен в письменной форме обратиться к Страховщику для получения дубликата, после чего утраченный экземпляр считается не имеющим юридической силы с момента подачи заявления Страхователя.

5.5. Все заявления и извещения, которые делают друг другу стороны Договора страхования (Полиса), должны производиться в письменной форме способами, позволяющими объективно зафиксировать факт сообщения по адресам:

5.5.1. Страховщика, указанным на интернет-странице Страховщика по адресу <https://www.sogaz.ru/sogaz/about/filials/>;

5.5.2. Страхователя, указанным при заключении Договора страхования (Полиса).

5.6. В случае изменения адресов и/или реквизитов сторон, стороны обязаны заблаговременно известить друг друга об этом. Если сторона не была известена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны заблаговременно, то все заявления и извещения, направленные по прежнему адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

5.7. Договор страхования (Полис) прекращает свое действие в случаях:

5.7.1. исполнения Страховщиком обязательств по Договору страхования (Полису) в полном объеме.

5.7.2. прекращения действия Договора страхования (Полиса) по решению суда;

5.7.3. смерти Страхователя (физического лица), не являющегося Застрахованным лицом, если Застрахованное лицо или иное лицо не примут на себя обязанности Страхователя по Договору страхования (Полису);

5.7.4. в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

5.8. Договор страхования (Полис) может быть прекращен досрочно по соглашению сторон.

5.9. Страхователь имеет право отказаться от Договора страхования (Полиса) в любое время.

5.10. При отказе Страхователя от Договора страхования (Полиса) в течение Периода охлаждения страховая премия подлежит возврату Страховщиком в полном объеме при условии, что на дату отказа от Договора страхования (Полиса) страховых случаев по нему не наступало.

5.11. Для отказа от Договора страхования (Полиса) с условием возврата страховой премии в соответствии с п. 5.10 Условий Страхователю необходимо в течение Периода охлаждения предоставить Страховщику заявление об отказе от Договора страхования (Полиса), собственноручно подписанное Страхователем, и копию документа, удостоверяющего личность Страхователя (при направлении указанного пакета документов Страховщику средствами почтовой связи).

5.12. Заявление об отказе от Договора страхования (Полиса) может быть предоставлено Страхователем путем его вручения Страховщику (при обращении Страхователя в офис Страховщика, адреса которых можно узнать на сайте Страховщика по адресу <https://www.sogaz.ru/sogaz/about/filials/>) либо путем его отправки через организацию почтовой связи Страховщику.

5.13. При отказе Страхователя от Договора страхования (Полиса) в течение Периода охлаждения Договор страхования (Полис) прекращает свое действие:

5.13.1. с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования (Полиса) и документации, предусмотренной п. 5.11 Условий, поданных непосредственно в офис Страховщика;

5.13.2. с даты передачи Страхователем письменного заявления об отказе от Договора страхования (Полиса) и документации, предусмотренной п. 5.11 Условий, в организацию почтовой связи для доставки в адрес Страховщика.

5.14. Возврат Страховщиком страховой премии осуществляется не позднее 10 (Десяти) рабочих дней с даты поступления соответствующего письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования (Полиса) с указанным пакетом документов.

5.15. При отказе Страхователя от Договора страхования (Полиса) после истечения установленного Указанием срока Периода охлаждения, уплаченная страховая премия в соответствии со ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации не подлежит возврату.

5.16. Для отказа от Договора страхования (Полиса) в соответствии с п.5.15 Условий Страхователю необходимо предоставить Страховщику заявление об отказе от Договора страхования (Полиса), собственноручно подписанное Страхователем, и копию документа, удостоверяющего личность Страхователя (при направлении указанного пакета документов Страховщику средствами почтовой связи).

5.17. Договор страхования (Полис) прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

5.18. Страхование, обусловленное Договором страхования (Полисом), заключенным на основании настоящих Условий, прекращается с даты истечения срока действия Договора страхования (Полиса).

## **6. Порядок урегулирования страховых случаев и извещения о страховом случае**

6.1. Для организации и получения медицинских и иных услуг, предусмотренный Программой, Застрахованное лицо (его законный представитель) должен обратиться к Страховщику в порядке, определенном Программой.

6.2. Страховщик вправе с письменного согласия Застрахованного лица самостоятельно запрашивать у медицинских организаций медицинскую и иную документацию Застрахованного лица, отражающую его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения. Страховщик имеет право использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования (Полиса), оплатой оказанных Застрахованному лицу услуг, защитой прав Застрахованного лица.

6.3. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь (Застрахованное лицо) обязан неукоснительно соблюдать рекомендации врача-куратора Страховщика и врача медицинской организации с целью уменьшения возможности проявления негативных последствий, связанных с впервые диагностированным и установленным в течение срока действия страхования диагнозом злокачественного новообразования, новообразования головного мозга.

6.4. Страховая выплата за оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги по Договору страхования (Полису) производится в следующем порядке:

6.4.1. в медицинскую или иную организацию в порядке, в сроки и по расценкам, предусмотренным договором, заключенным между Страховщиком и медицинской или иной организацией.

6.4.2. в форме возмещения Страховщиком расходов Страхователя (Застрахованного лица) на оплату медицинских услуг - только если данная форма возмещения была предварительно согласована Страхователем (Застрахованным лицом) со Страховщиком.

6.5. Для получения страховой выплаты в соответствии с п. 6.4.2 Условий Страхователь (Застрахованное лицо) должен в течение 30-ти дней со дня оказания медицинских услуг, предоставить Страховщику:

6.5.1. оригинал заявления на страховую выплату по установленной Страховщиком форме;

6.5.2. оригинал документа, подтверждающего факт обращения Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг, с указанием даты обращения за медицинской помощью, жалоб, данных объективного статуса, данных исследований, диагноза, срока лечения, назначений;

6.5.3. оригиналы документов, подтверждающих оплату медицинских услуг и/или изделий медицинского назначения (кассовые, товарные чеки, товарные накладные с указанием их наименования, количества и стоимости);

6.5.4. копию общегражданского паспорта Застрахованного лица (страница с личными данными и регистрацией по месту жительства; если Застрахованным лицом является несовершеннолетнее лицо -

дополнительно предоставляется копия общегражданского паспорта законного представителя Застрахованного лица, подавшего заявление от его имени, и копия свидетельства о рождении Застрахованного лица или копии документов, подтверждающих право действовать в интересах Застрахованного лица);

6.5.5. для возмещения стоимости оплаченных медицинских услуг – реестр оказанных медицинских услуг с указанием их наименования, количества, дат оказания и стоимости, оформленный в соответствии с законодательством Российской Федерации;

6.5.6. для возмещения стоимости изделий медицинского назначения: 6.5.6.1. при оперативном лечении – оригиналы или копии документов из медицинской организации, куда Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг, с обоснованием данных изделий, а также документов, подтверждающих их использование (указание использованных расходных материалов в выписном эпикризе), оформленных в соответствии с законодательством Российской Федерации;

6.5.6.2. при амбулаторном лечении – оригиналы или копии документов из медицинской организации, куда Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг, с обоснованием данных изделий, оформленных в соответствии с законодательством Российской Федерации;

6.6. Страховая выплата, в совокупности по всем страховым случаям в течение срока действия Договора страхования (Полиса), не может превышать величину установленной Договором страхования (Полисом) страховой суммы.

## **7. Обязанности сторон**

7.1. Страховщик обязан:

7.1.1. организовать и оплатить оказанную Застрахованному лицу медицинские и иные услуги, предусмотренную Программой;

7.1.2. контролировать объем, сроки и качество организованных медицинских или иных услуг.

7.2. Страховщик гарантирует соблюдение врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.3. Страхователь имеет право:

7.3.1. требовать от Страховщика организации предоставления Застрахованному лицу медицинских или иных услуг, в объеме, определенном Программой, при наступлении страхового случая;

7.3.2. отказаться от Договора страхования (Полиса) в любое время, письменно уведомив об этом Страховщика.

7.4. Страхователь обязан:

7.4.1. предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию о Страхователе и Застрахованном лице при заключении Договора страхования (Полиса);

7.4.2. уплатить Страховщику страховую премию в порядке и в сроки, установленные Договором страхования (Полисом)

7.5. В период действия Договора страхования (Полиса) Страхователь (Застрахованное лицо) вправе обращаться к Страховщику за разъяснениями информации о положениях Договора страхования (Полиса), Условиях и Программы, необходимыми для реализации своих прав по Договору страхования (Полису).

7.6. Застрахованное лицо обязано:

7.6.1. соблюдать предписания лечащего врача, распорядок, установленный медицинской организацией и условия Программы;

7.6.2. соблюдать порядок получения услуг, предусмотренный Программой.

7.7. Застрахованное лицо имеет право:

7.7.1. требовать организации предоставления медицинской помощи и услуг в соответствии с условиями, предусмотренными Программой.

## **8. Порядок разрешения споров**

8.1. Споры, возникающие по Договору страхования (Полису), разрешаются в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

**ПРОГРАММА  
добровольного медицинского страхования  
«ЗДОРОВЬЕ И УВЕРЕННОСТЬ»**

*Программа добровольного медицинского страхования (далее - Программа) составлена в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования граждан АО «СОГАЗ» в редакции от 22 июля 2019г. (далее – Правила ДМС)*

**I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

- 1.1.** В рамках Программы Страховщик гарантирует Застрахованному лицу при наступлении страхового случая организацию и оплату медицинских и иных услуг в объеме, предусмотренном настоящей Программой, в медицинских и иных организациях.
- 1.2.** Медицинские и иные услуги в рамках Программы оказываются Застрахованному лицу только по впервые диагностированным в период срока действия страхования по Договору страхования (Полису) и после окончания предусмотренного Договором страхования (Полисом) периода Временной франшизы, за исключением услуг, предусмотренных п.3.1.1 Программы:
- 1.2.1. злокачественным новообразованиям<sup>1</sup> с кодам С00-С97 по МКБ-10 (за исключением С43 –меланомы (кроме меланомы с инвазией в нормальную ткань), С44 –эпителиальных опухолей кожи (базалиома, плоскоклеточный рак), С91.1 – хронического лимфоцитарного лейкоза и любых новообразований на фоне заболевания ВИЧ (любой стадии)) (далее по тексту Онкологические заболевания);
- 1.2.2. новообразованиям головного мозга<sup>2</sup> с кодами D32, D33.0 – D33.3, D42, D43.0-D43.3 по МКБ-10 (за исключением любых новообразований на фоне заболевания ВИЧ (любой стадии)),
- Указанные в п.п. 1.2.1 и 1.2.2 Программы злокачественные новообразования и новообразования головного мозга далее по тексту именуется Заболеваниями.
- 1.3.** Телемедицинские консультации в рамках Программы оказываются по вопросам, связанным с Онкологическими заболеваниями в течение срока действия страхования по Договору страхования (Полису).
- 1.4.** Медицинские и иные услуги оказываются Застрахованному лицу в медицинских и иных организациях, находящихся на территории Российской Федерации.
- 1.5.** Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации, предусмотренные п. 3.1.1 Программы, оказываются Застрахованному лицу при его нахождении в Российской Федерации и за рубежом.

**II. ОПИСАНИЕ ПРОГРАММЫ**

2.1. Размер страховой суммы	1.000.000 руб.
2.2. Лимит ответственности на медицинские услуги по диагнозу Ca In Situ	100 000 руб.
2.3. Телефонный медицинский пулть 24 часа в сутки/7 дней в неделю	Телефонный медицинский пулть 24 часа в сутки/7 дней в неделю, услуги врача-куратора. Справочно-консультационная помощь Организация лечения и курирование Застрахованного лица на всех этапах лечения
2.4. Телемедицинские консультации по вопросам, связанным с Онкологическими заболеваниями	С даты начала срока действия Договора страхования (Полиса) оказываются он-лайн консультации Застрахованному лицу по вопросам, связанным с: – ранней диагностикой Онкологических заболеваний и прохождением Застрахованным лицом профилактических медицинских осмотров, консультаций и обследований (без оплаты проведения диагностики Застрахованному лицу); – образу жизни с целью снижения рисков возникновения Онкологического заболевания; – необходимым обследованиям и медицинским манипуляциям в случае наличия у Застрахованного лица подозрения на Онкологическое заболевание (без оплаты обследований и медицинских манипуляций). В случае первичного диагностирования Онкологического заболевания в период срока действия Договора страхования (Полиса) и после окончания периода действия временной франшизы, а также с учетом исключений, указанных в разделе IV настоящей Программы, оказываются: - он-лайн консультации врачом по вопросам, связанным с диагностированными Онкологическими заболеваниями; - предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн-консультации.
2.5 Амбулаторно-поликлиническое обслуживание	В соответствии с п. 3.2 Программы
2.6 Стационарное обслуживание, включая стационарозамещающие технологии (дневной стационар)	В соответствии с п. 3.3 Программы
2.7 Обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, необходимыми при выполнении процедур и манипуляций	В соответствии с п. 3.3 Программы

<sup>1</sup> Злокачественные новообразования, относящиеся к С00-С97 по МКБ-10, за исключением С43 –меланомы (кроме меланомы с инвазией в нормальную ткань), С44 –эпителиальных опухолей кожи (базалиома, плоскоклеточный рак), С91.1 – хронического лимфоцитарного лейкоза и любых новообразований на фоне заболевания ВИЧ (любой стадии).

Злокачественные новообразования: означает любое злокачественное заболевание, характеризующееся неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, проникающих в ткань различного гистологического типа. Диагноз должен поддерживаться гистологическими или - в случае системных раковых заболеваний - цитологическими доказательствами.

<sup>2</sup> Новообразования, относящиеся к D32, D33.0 – D33.3, D42, D43.0-D43.3 по МКБ-10, за исключением любых новообразований на фоне заболевания ВИЧ (любой стадии).

2.8 Транспортировка (медицинская эвакуация)	Услуги по транспортировке (медицинская эвакуация наземным транспортом бригадой скорой помощи) из одной медицинской организации в другую, включая медицинское сопровождение, если это требуется по состоянию здоровья Застрахованного лица. В соответствии с п. 3.4 Программы
2.9 Иные услуги, оказываемые в случае диагностирования Заболевания после окончания предусмотренной Договором страхования (Полисом) временной франшизы, в период срока действия страхования по настоящему Договору страхования (Полису) (п. 3.4. Программы)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Организация услуг для верификации диагноза в профильных медицинских организациях.</li> <li>2. Содействие в сборе документов по страховому случаю, необходимых для верификации диагноза и предоставления Страховщику.</li> <li>3. Организация доступа к врачам-специалистам по данной нозологии.</li> <li>4. Организация лечения и госпитализации в профильных федеральных медицинских организациях и иных профильных медицинских организациях.</li> <li>5. Организация заочной консультации ведущими специалистами, включая подготовку медицинской документации для заочной консультации.</li> <li>6. Сопровождение и курирование на всех этапах лечения.</li> </ol>

### III. ОБЪЕМ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЙ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ

**3.1. Телемедицинские консультации** – онлайн-консультации Застрахованного лица, проводимые врачами-консультантами Медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, по вопросам, связанным с диагностированием и лечением Онкологических заболеваний.

3.1.1 В период срока действия Договора страхования (Полиса), оказываются:

- консультации по вопросам связанным с ранней диагностикой онкологических заболеваний и прохождению Застрахованным лицом профилактических медицинских осмотров, консультаций и обследований (без оплаты проведения диагностики);
- консультации Застрахованного лица по образу жизни с целью снижения рисков возникновения онкологического заболевания;
- предоставляются устные рекомендации по необходимым обследованиям и медицинским манипуляциям в случае наличия у Застрахованного лица подозрения на онкологическое заболевание.

3.1.2. В случае диагностирования после окончания, предусмотренного Договором страхования (Полисом) периода временной франшизы, в период срока действия страхования по Договору страхования (Полису) Онкологического заболевания, оказываются Телемедицинские консультации по вопросам, связанным с диагностированными в период срока действия страхования по Договору страхования (Полису) Онкологическими заболеваниями и включающие в себя:

- консультации Застрахованного лица по вопросам, связанным с диагностированным заболеванием;
- консультации Застрахованного лица по назначенному плану лечения;
- информирование/консультации Застрахованного лица по необходимым (назначенным) лекарственным препаратам (побочным эффектам, методам борьбы с ними, аналогам);
- консультации Застрахованного лица по динамическому наблюдению;
- информационная поддержка Застрахованного лица по пройденному лечению.

**3.2. В случае диагностирования Заболевания впервые в период срока действия страхования по Договору страхования (Полису) и после окончания предусмотренного Договором страхования (Полисом) периода временной франшизы, амбулаторно-поликлиническое обслуживание включает<sup>3</sup>:**

3.2.1. Приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей по: гинекологии, анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, гематологии, генетике, дерматовенерологии, кардиологии, колопроктологии, неврологии, нейрохирургии, нефрологии, общей врачебной практике (семейной медицине), онкологии, оториноларингологии, офтальмологии, пластической хирургии, пульмонологии, радиологии, рентгенологии, сердечно-сосудистой хирургии, терапии, торакальной хирургии, травматологии-ортопедии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностике, хирургии, челюстно-лицевой хирургии, эндокринологии, эндоскопии.

3.2.2. Заочные консультации Застрахованного лица узкопрофильными врачами-специалистами по медицинским документам.

3.2.3. Оформление медицинской документации.

3.2.4. Лабораторные исследования: общеклинические, биохимические, иммунологические, микробиологические исследования, цитологические, генетические, гистологические исследования.

3.2.5. Инструментальные исследования: функциональная и ультразвуковая диагностика, рентгенологические и рентген-радиологические исследования, включая компьютерную томографию, позитронно-эмиссионную томографию, радиоизотопные исследования; магнитно-резонансная томография; эндоскопические исследования.

3.2.6. Процедуры, манипуляции и методы лечения, включающие:

- лечебные и диагностические манипуляции (в том числе химиотерапию);
- догоспитальную подготовку.

**3.3. В случае диагностирования Заболевания впервые в период срока действия страхования по Договору страхования (Полису) и после окончания предусмотренного Договором страхования (Полисом) периода временной франшизы, стационарное обслуживание, в том числе стационарозамещающие технологии (дневной стационар) включает<sup>4</sup>:**

3.3.1. Приемы, консультации, манипуляции врачей по: абдоминальной хирургии, гинекологии, анестезиологии и реаниматологии, восстановительной медицине, гастроэнтерологии, гематологии, генетике, диабетологии, кардиологии, колопроктологии, мануальной терапии, неврологии, нейрохирургии, нефрологии, онкологии, оториноларингологии, офтальмологии, пластической хирургии, пульмонологии, радиологии, рентгенологии, рефлексотерапии, сердечно-сосудистой хирургии, терапии, торакальной хирургии, травматологии и ортопедии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, челюстно-лицевой хирургии, эндокринологии, эндоскопии.

3.3.2. Оформление медицинской документации.

3.3.3. Лабораторные исследования: общеклинические, биохимические, иммунологические, микробиологические, цитологические, генетические, гистологические исследования.

3.3.4. Инструментальные исследования: функциональная и ультразвуковая диагностика, рентгенологические и рентген-радиологические исследования, включая компьютерную томографию, позитронно-эмиссионную томографию, радиоизотопные исследования; магнитно-резонансная томография; эндоскопические исследования.

3.3.5. Проводимые в стационарных условиях процедуры, манипуляции и методы лечения, включающие:

- консервативные и оперативные методы лечения (включая необходимые расходные материалы и лекарственные препараты);
- трансплантация костного мозга в целях лечения лимфомы или лейкоза;
- анестезиологические пособия;
- реанимационные мероприятия;
- химиотерапия;
- лучевая терапия.

<sup>3</sup> АО «СОГАЗ» оплачивает медицинские услуги, оказанные по поводу тех случаев, которые явились непосредственной причиной направления на лечение в амбулаторно-поликлинических условиях

<sup>4</sup> АО «СОГАЗ» оплачивает медицинские услуги, оказанные по поводу тех случаев, которые явились непосредственной причиной направления на лечение в стационарных условиях (включая стационарозамещающие технологии (дневной стационар))

### 3.3.6. Пребывание в специализированном отделении стационара<sup>5</sup>.

#### Медицинские услуги, указанные в п.п. 3.1.2, 3.2-3.3 Программы, оказываются с целью:

- верификации Диагноза и составления плана лечения (в случае необходимости по медицинским показаниям);
- лечения в соответствии с согласованным Страховщиком планом лечения.

#### 3.4. Иные услуги, которые включают:

3.4.1. Оказываемые в период срока действия страхования по Договору страхования (Полису) услуги врача-куратора и медицинского пульта (24 часа в сутки/7 дней в неделю), включающие справочно-консультационную помощь по вопросам:

- условий урегулирования страховых случаев по Договору страхования (Полису) и по объему медицинских услуг, порядку их оказания в рамках Договора страхования (Полиса);
- организации обследований и необходимых медицинских манипуляций в случае подозрения на Заболевание (при этом обследование и необходимые медицинские манипуляции, в случае подозрения самостоятельно оплачиваются самостоятельно Застрахованным лицом).
- выбора профильной медицинской организации.

3.4.2. Услуги врача-куратора и медицинского пульта (24 часа в сутки/7 дней в неделю), оказываемые в случае диагностирования Заболевания впервые в период срока действия страхования по Договору страхования (Полису) и после окончания, предусмотренного Договором страхования (Полисом) периода временной франшизы:

- организация услуг для верификации диагноза Застрахованного лица в профильных медицинских организациях;
- содействие Застрахованному лицу в сборе документов по страховому случаю, необходимых для верификации диагноза и предоставления Страховщику;
- организация доступа Застрахованного лица к врачам-специалистам по данной нозологии;
- организация лечения и госпитализации Застрахованного лица в профильных федеральных медицинских организациях и иных профильных медицинских организациях;
- организация заочной консультации Застрахованного лица ведущими специалистами, включая подготовку мед документации для заочной консультации;
- сопровождение и курирование Застрахованного лица на всех этапах лечения.

3.4.3. В случае диагностирования Заболевания впервые в период срока действия страхования по Договору страхования (Полису) и после окончания, предусмотренного Договором страхования (Полисом) периода временной франшизы медицинская эвакуация, включающая услуги по транспортировке Застрахованного лица (медицинская эвакуация наземным транспортом бригадой скорой медицинской помощи) из одной медицинской организации в другую, включая необходимое медицинское сопровождение, если это требуется по состоянию здоровья.

## IV. СЛУЧАИ, НЕ ЯВЛЯЮЩИЕСЯ СТРАХОВЫМИ

### 4.1. Перечень заболеваний/состояний, обращение по поводу которых не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком:

- 4.1.1. Заболевания и состояния, не указанные в разделе I Программы.
- 4.1.2. Заболевания и состояния, указанные в разделе I Программы, но диагностированные до вступления в силу Договора страхования (Полиса), до начала срока действия страхования или до окончания периода временной франшизы.
- 4.1.3. Эпителиальные опухоли кожи (базалиома, плоскоклеточный рак) с кодами С44 по МКБ 10
- 4.1.4. Меланома с кодами С43 по МКБ 10, за исключением меланомы с инвазией в нормальную ткань.
- 4.1.5. Любые новообразования на фоне заболевания ВИЧ/СПИД.
- 4.1.6. Хронический лимфоцитарный лейкоз с кодом С 91.1 по МКБ 10.

### 4.2. Услуги, обращение за которыми не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком:

- 4.2.1. Медицинские услуги, не назначенные врачом.
- 4.2.2. Лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским.
- 4.2.3. Любые медицинские услуги, не предусмотренные настоящей Программой.
- 4.2.4. Услуги, предусмотренные Программой, в случае обращения за онлайн-консультацией лиц, находящихся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;
- 4.2.5. Телемедицинские консультации, не связанные с Онкологическими заболеваниями;
- 4.2.6. Расходы на имплантаты и обеспечение лекарственными средствами, назначенными врачом медицинской организации на территории Российской Федерации (за исключением лекарственных препаратов и расходных материалов, применяемых в стационарном обслуживании, стационарзамещающих технологиях и для химиотерапии).
- 4.2.7. Получение Застрахованным лицом медицинских и иных услуг, которые не предусмотрены Договором страхования (Полисом) и/или были оказаны вне срока действия Договора страхования (Полиса) и периода действия страхования.
- 4.2.8. Получение Застрахованным лицом медицинских и иных услуг в медицинских и иных организациях, не согласованных со Страховщиком.

## V. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ПО ПРОГРАММЕ

В каждом конкретном случае Страховщик определяет медицинскую организацию, руководствуясь характером клинической проблемы, возможностями медицинской организации и территорией нахождения медицинской организации.

## VI. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ ПО ПРОГРАММЕ<sup>6</sup>

6.1. При необходимости получения медицинских услуг по Программе «ЗДОРОВЬЕ И УВЕРЕННОСТЬ» Застрахованному лицу необходимо обратиться к врачу-куратору через круглосуточный медицинский пульт по телефону 8 800 250 29 06

6.2. Для подтверждения даты первичного установления диагноза Застрахованное лицо (его законный представитель) должен предоставить Страховщику:

6.2.1. Уведомление об установлении Застрахованному лицу диагноза Заболевания (далее - Уведомление). Уведомление направляется в письменном виде, в соответствии с предоставляемой Страховщиком формой, направляемой Застрахованному лицу при его обращении к Страховщику способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по факсу, по электронной почте, письмом и т.д.).

#### К настоящему Уведомлению в обязательном порядке прилагаются:

6.2.1.1. при злокачественных новообразованиях – «Извещение о большом в впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» (форма 090/У) или выписку из «Информационно-аналитической системы «Канцер-регистр». Указанные медицинские документы можно получить в онкологическом диспансере;

6.2.2. при новообразованиях головного мозга - выписку из медицинской документации Застрахованного лица, содержащую, в том числе, информацию о диагнозе заболевания/состояния (по МКБ-10) и дату его установления.

6.3. Для организации медицинской помощи Застрахованному лицу необходимо представить Страховщику следующие документы:

<sup>5</sup> В зависимости от медицинской практики, принятой в медицинской организации, где проводится лечение.

<sup>6</sup> При организации медицинской помощи Застрахованному лицу, Страховщик оставляет за собой право в выборе медицинской организации, в том числе не предусмотренной разделом V, руководствуясь характером клинической проблемы, состоянием здоровья Застрахованного лица, возможностями медицинских организаций, наличием мест, временными факторами и пр.



- 6.3.1. Копию документа удостоверяющего личность гражданина Российской Федерации;
- 6.3.2. Подписанное Застрахованным лицом (его законным представителем) согласие на обработку персональных данных Застрахованного лица, включая персональные данные специальной категории.
- 6.3.3. Оригинал или скан выписки из медицинской документации, содержащий:
  - 6.3.3.1. диагноз заболевания/состояния;
  - 6.3.3.2. код диагноза по МКБ-10;
  - 6.3.3.3. анамнез заболевания;
  - 6.3.3.4. рекомендованный план лечения;
  - 6.3.3.5. направление на госпитализацию (для организации стационарной помощи);
  - 6.3.3.6. результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, включая радиологические (диски/описания), патоморфологические исследования (стекла / блоки);

При необходимости, с целью организации качественной медицинской помощи, во всех вышеперечисленных случаях, Страховщик имеет право запрашивать другую медицинскую документацию Застрахованного лица, в том числе сведения о ранее проводившихся обследованиях, диспансеризациях, госпитализациях и др.

**6.4.** После получения Страховщиком перечисленной в п.п. 6.2 и 6.3 Программы необходимой медицинской документации, организация медицинской помощи осуществляется в срок:

**14-ть рабочих дней** – для организации заочной консультации Застрахованного лица.

В сложных случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций, передача заключения Застрахованному лицу может занять до 30 (тридцати) рабочих дней с момента, после получения всей необходимой информации;

**от 5-ти до 30-ти рабочих дней** – для организации амбулаторно-поликлинической помощи Застрахованному лицу;

**от 5-ти до 30-ти рабочих дней** – для организации стационарной помощи Застрахованному лицу.

После получения от медицинской организации информации о дате оказания услуг, врач-куратор связывается с Застрахованным лицом и предоставляет ему подробную информацию о медицинской организации, дате консультации/плановой госпитализации и прочую необходимую для получения услуг информацию.

Застрахованное лицо должно строго следовать указаниям, полученным от врача-куратора, сообщать необходимую информацию для организации медицинских и иных услуг.

**6.5.** Самостоятельная оплата стоимости медицинских и иных услуг, расходных материалов и лекарственных средств должна в обязательном порядке быть зафиксирована и согласована со Страховщиком посредством обращения к врачу-куратору. Возмещение стоимости медицинских услуг, изделий медицинского назначения осуществляется только при условии их предварительного согласования со Страховщиком (врачом-куратором Страховщика). Порядок осуществления возмещения определен п. 6.5. Условий (Приложение №1 к Договору страхования (Полису)).

## **ВИИ. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

**7.1.** Для получения услуг в рамках п. 3.1.1 Программы (Телемедицинские консультации).

7.1.1. Застрахованному лицу необходимо загрузить и установить на свое мобильное устройство мобильное приложение сервиса онлайн-консультаций и произвести регистрацию в нем.

7.1.2. Мобильное приложение позволяет Застрахованному лицу связываться с врачом, получать устные и письменные консультации, прикреплять и хранить медицинские документы (результаты анализов, медицинские заключения, справки и т.д.).

7.1.3. При отсутствии возможности подключения к сети Интернет, консультация с врачом по телефону возможна по предварительной заявке через медицинский пульт АО «СОГАЗ» по телефону 8 800 250 29 06.

При заказе консультации по телефону, номер телефона Застрахованного лица, должен соответствовать номеру указанному Застрахованным лицом в сервисе онлайн-консультаций при регистрации в мобильном приложении.

**7.2.** Телемедицинские онлайн-консультации в рамках Программы осуществляются с использованием мобильного устройства Застрахованного лица, с установленным на нем приложением сервиса онлайн-консультаций (в дальнейшем – оборудование), которое должно соответствовать следующим техническим требованиям к установленной на нем операционной системе:

- iOS 8.0 или более поздняя версия;
- Android 4.1 или более поздняя версия.

**7.3.** Телемедицинские онлайн-консультации могут оказываться одним из следующих способов, в том числе совместно, по выбору Застрахованного лица:

- с использованием видеосвязи путем обмена сообщениями и файлами;
- с использованием аудиосвязи путем обмена сообщениями и файлами;
- путем обмена сообщениями и файлами;
- по телефону.

**7.4.** Телемедицинские онлайн-консультации могут проводиться на основе медицинской информации и документации, предоставленной Застрахованным лицом во время консультации.

Застрахованное лицо во время проведения консультации предоставляет врачу информацию об установленных диагнозах, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, пересылает врачу скан-копии необходимых медицинских документов с использованием сервиса онлайн-консультаций.

**7.5.** Во время проведения телемедицинской консультации, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, врач информирует Застрахованное лицо о специалистах, к которым следует обратиться для постановки/подтверждения/уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную медицинскую информацию.

**7.6.** Застрахованному лицу предоставляются телемедицинские консультации по всем медицинским вопросам, в объеме, предусмотренном Программой, за исключением:

- вопросов, по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Застрахованным лицом дистанционным способом;
- вопросов, для которых необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров, анализов и пр.) при ее отсутствии.

**7.7.** По результатам телемедицинской консультации врачом составляется письменная рекомендация (заключение) для Застрахованного лица, которая размещается и хранится в сервисе онлайн-консультаций.

**7.8.** Услуги в форме срочной консультации дежурным врачом-терапевтом могут быть оказаны Застрахованному лицу круглосуточно.

**7.9.** Услуги (телемедицинские онлайн-консультации) оказываются врачами, Медицинских организаций с соблюдением норм действующего законодательства и с учетом специфики оказания услуг дистанционным способом.

**7.10.** Застрахованное лицо самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им оборудования. Страховая компания, онлайн-сервис и Медицинская организация не несут ответственности за невозможность получения Застрахованным лицом услуги, возникшую из-за оборудования Застрахованного лица.

**7.11.** Взаимодействие по всем вопросам, связанным с организацией предоставления услуг, предусмотренных настоящей Программой, осуществляется с Застрахованным лицом или представителем несовершеннолетнего Застрахованного лица (в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации).