

Договор страхования (Полис) «СПУТНИК ЗДОРОВЬЯ СТАНДАРТ»

№ \${policyNumber}

дата выдачи \${startDate}

Настоящий Договор страхования (Полис) (далее – Договор) заключен в соответствии с Программой добровольного медицинского страхования «Спутник Здоровья Стандарт» АО «СОГАЗ» в редакции от 30.08.2024 г. (далее – Программа, Приложение № 1 к Договору) и Правилами добровольного медицинского страхования граждан АО «СОГАЗ» в редакции от 31.01.2023 г. (размещены на сайте АО «СОГАЗ» по ссылке: https://www.sogaz.ru/upload/iblock/61f/gfzmt3213aon60h7fkwar3j48hzpfj/003_Pravila-dobrovolnogo-meditsinskogo-strakhovaniya-grazhdan-ot-31.01.2023.PDF).

По настоящему Договору Страховщик обязуется за обусловленную плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, при наступлении страхового случая организовать и оплатить предоставление Застрахованному лицу медицинских и иных услуг в соответствии с условиями Программы.

1. СТРАХОВЩИК	Акционерное общество «Страховое общество газовой промышленности» (АО «СОГАЗ») <i>Лицензия СЛ №1208 от 05.08.2015 Телефон 8 800 250 29 06</i>
2. СТРАХОВАТЕЛЬ	Фамилия Имя Отчество \${clientName} Дата рождения: \${birthDate}
3. ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО	Фамилия Имя Отчество \${insured0FullName} Дата рождения: \${insured0Birthday}
4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ	4.1. Обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования по настоящему Договору в медицинскую организацию, из числа согласованных Страховщиком, для организации и оказания Застрахованному лицу дистанционных (телемедицинских) онлайн-консультаций, предусмотренных п. 2.1 Программы, по поводу расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих их оказания. 4.2. Обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования по настоящему Договору в медицинскую организацию из числа указанных в Списке медицинских организаций в Личном кабинете Застрахованного лица, согласованных Страховщиком для организации и оказания Застрахованному лицу медицинских услуг, предусмотренных п. 2.2 Программы вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих их оказания, а также для проведения профилактических мероприятий, предусмотренных п. 2.2 Программы, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их. 4.3. Возникновение в течение срока действия страхования по настоящему Договору необходимости организации и оказания иных услуг, предусмотренных п. 2.3 Программы, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих их оказания. 4.4. Перечень, объем медицинских и иных услуг, условия их получения и исключения из страхования определяются Программой.
5. СТРАХОВАЯ СУММА (РУБ.)	500 000
6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (РУБ.)	16 000
7. ПОРЯДОК УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ	7.1. Единовременно безналичным перечислением или наличными денежными средствами не позднее даты выдачи Договора. Дата (момент) уплаты страховой премии определяется в соответствии с п. 3 ст. 16.1 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».
8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, СРОК СТРАХОВАНИЯ	8.1. Договор вступает в силу с даты уплаты страховой премии и действует 1 (Один) год и 30 (тридцать) календарных дней. 8.2. Страхование по настоящему Договору распространяется на страховые случаи, произошедшие в течение срока страхования (с учетом временной франшизы согласно п. 9 настоящего Договора). 8.3. Срок страхования начинается с 00 часов 31 (тридцать первого) календарного дня, с даты уплаты страховой премии и заканчивается датой окончания срока действия Договора. 8.3.1. Страхование в отношении услуг, указанных в п. 2.2 Программы, для которых предусмотрена Безусловная франшиза, начинается с даты начала срока страхования, указанной в п. 8.3 настоящего Договора, но не ранее окончания периода временной франшизы (в соответствии с п. 9.1.1 настоящего Договора) и не ранее чем спустя 24 часа с момента регистрации Застрахованным лицом банковской карты в Личном кабинете Застрахованного лица АО «СОГАЗ» https://lk.sogaz.ru в порядке, предусмотренном п. 4.3 Программы
9. ФРАНШИЗА	9.1. По настоящему Договору установлена франшиза: 9.1.1. Временная - период времени, равный 30 календарным дням с даты уплаты страховой премии в течение которого обращение Застрахованного лица в медицинскую или иную организацию для получения медицинских и иных услуг не является страховым случаем. 9.1.2. Безусловная: невозмещаемая Страховщиком часть стоимости медицинских услуг, указанных в п. 2.2 Программы, в размере 50% от стоимости оказанных медицинских услуг. Страховщик оплачивает медицинские услуги согласно счетам медицинского учреждения в полном объеме с последующим возмещением Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица) Страховщику той части оплаты медицинских услуг, которая соответствует размеру безусловной франшизы по Договору, путем безакцептного списания денежных средств со счета банковской карты, зарегистрированной Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица) в Личном кабинете в мобильном приложении или на сайте АО «СОГАЗ», доступ к которому осуществляется по ссылке https://lk.sogaz.ru. 9.2. Предоставляемое при регистрации банковской карты согласие Застрахованного лица (представителя Застрахованного лица) на исполнение обязательств в рамках Программы и оплату части медицинских услуг в размере безусловной франшизы, оформляется путем акцепта в Личном кабинете Застрахованного лица https://lk.sogaz.ru. 9.3. Порядок исполнения обязательств Сторон в части, касающейся безусловной франшизы, предусмотрен разделом 6 Программы.
10. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ	10.1. Договор страхования заключается путем акцепта Страхователем настоящего Договора, подписанного Страховщиком. Акцептом Договора в соответствии со ст. 438 Гражданского кодекса Российской Федерации является уплата Страхователем страховой премии в размере и срок, установленным настоящим Договором. 10.2. Уплачивая страховую премию Страхователь: 10.2.1. подтверждает свое добровольное согласие на заключение Договора на условиях, указанных в настоящем Договоре, Правилах и Программе; Подтверждает свое согласие с получением Правил в электронной форме по ссылке на адрес их размещения, указанной в настоящем Договоре. 10.2.2. подтверждает, что до заключения Договора был ознакомлен с Ключевым Информационным Документом, Программой, Правилами и Памяткой получателю страховых услуг (далее – Памятка) Приложение № 2 к настоящему Договору), которая является неотъемлемой частью настоящего Договора. 10.2.3. подтверждает, что все лица, поименованные Страхователем в Договоре, включая себя, не

	являются лицами, указанными в подпункте 1 пункта 1 статьи 7.3 Федерального закона от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» (Иностранцами публичными должностными лицами, Должностными лицами публичной международной организации, Российскими публичными должностными лицами), а также, что при наличии изменений в сведениях о вышеуказанных лицах, включая себя, обязуется сообщить об этом в АО «СОГАЗ» в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня соответствующих изменений; 10.2.4. обязуется довести до сведения Застрахованного лица (представителя Застрахованного лица) содержание настоящего Договора, Программы, Правил и Памятки; 10.2.5. подтверждает, что Застрахованное лицо на дату начала срока страхования по Договору соответствует следующим требованиям: 10.2.5.1. возраст от 1 до 60 лет включительно; 10.2.5.2. не находится в местах лишения свободы. Если будет установлено, что Договор заключен в пользу Застрахованного лица, не соответствующего указанным требованиям, Страховщик вправе потребовать признания Договора недействительным, и применения последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 Гражданского кодекса Российской Федерации. В данном случае Страхователь имеет право на возврат страховой премии в полном объеме; 10.2.6. подтверждает, что уведомлен о том, что в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» для предоставления Застрахованному лицу услуг, предусмотренных договором страхования, Застрахованное лицо (законный представитель Застрахованного лица) должно предоставить согласие на обработку персональных данных и специальных категорий персональных данных (сведений, составляющих врачебную тайну) (далее вместе - Согласия). 10.2.7. подтверждает, что уведомлен о том, что Страховщик обеспечивает защиту персональных данных и специальных категорий персональных данных (сведений, составляющих врачебную тайну) в соответствии с законодательством Российской Федерации; 10.2.8. подтверждает, что уведомлен и согласен с тем, что часть услуг по данному договору страхования не могут быть оказаны Застрахованному лицу до момента предоставления Застрахованным лицом (законным представителем Застрахованного лица) Согласий. 10.2.9. обязуется уведомить Застрахованное лицо (законного представителя Застрахованного лица) о необходимости предоставления указанных выше Согласий после вступления в силу договора страхования для получения услуг по договору страхования. 10.2.10. обязуется довести до сведения Застрахованного лица (законного представителя Застрахованного лица) следующий порядок дачи Согласий: 10.2.10.1. Согласия могут быть даны с использованием личного кабинета Застрахованного лица (законного представителя Застрахованного лица). При выборе данного способа дачи Согласий Застрахованное лицо (законный представитель Застрахованного лица) регистрирует личный кабинет в мобильном приложении АО "СОГАЗ" или на сайте АО «СОГАЗ» по адресу https://lk.sogaz.ru (далее – Личный кабинет) либо авторизуется в ранее зарегистрированном Личном кабинете. Система запрашивает согласия при регистрации личного кабинета и при добавлении нового полиса в личный кабинет. 10.2.10.2. Согласия могут быть даны лично Застрахованным лицом (законным представителем Застрахованного лица) на бумажном носителе в офисе АО «СОГАЗ» по адресам, указанным на сайте Страховщика: https://www.sogaz.ru/sogaz/about/filials/. 10.3. Условия и порядок возврата страховой премии в случае отказа от Договора, указаны в п.п. 8.9 – 8.13 Программы. 10.3.1. При отказе Страхователя от Договора после истечения установленного Указанием срока Периода охлаждения уплаченная страховая премия в соответствии со ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации не подлежит возврату, за исключением случаев, предусмотренных п.п. 8.6.3 и 8.9.2 Программы; 10.4. Все заявления и извещения (далее – Письма), которые делают друг другу стороны Договора, должны производиться в письменной форме способами, позволяющими объективно зафиксировать факт сообщения: 10.4.1. в адрес Страховщика: по адресам Страховщика, указанным на сайте Страховщика по адресу https://www.sogaz.ru/sogaz/about/filials/; 10.4.2. в адрес Страхователя: посредством СМС-сообщения по контактному телефонному номеру Страхователя, сообщенному Страховщику при оформлении Договора, за исключением случая, связанного с прекращением Договора, или сообщения через мессенджер по контактному телефонному номеру или по адресу электронной почты Страхователя, сообщенным Страховщику (представителю Страховщика) при оформлении Договора. 10.4.3. Гражданско-правовые последствия, связанные с направлением Страховщиком в адрес Страхователя Писем, считаются наступившими для Страхователя с момента, указанного в тексте Письма, а если данный момент не указан – с момента доставки Письма Страховщику в адрес Страхователя. 10.4.4. При направлении Писем Страхователю по адресу электронной почты, сообщенному при оформлении Договора, Письма направляются Страховщиком с адреса электронной почты Страховщика (работника Страховщика), имеющего формат: imya@sogaz.ru, с уведомлением о доставке и считаются доставленными/полученными Страхователем с момента получения Страховщиком отчета о доставке электронного сообщения, либо, при отсутствии отчета о доставке электронного сообщения – в рабочий день, следующий за датой направления Письма по адресу электронной почты. 10.4.5. При направлении Страховщиком Писем в виде смс-сообщения или сообщения через мессенджер по телефону, сообщенному при оформлении Договора, Письма считаются доставленными Страхователю по истечении 24 часов с момента отправки смс-сообщения или сообщения через мессенджер по телефону. 10.5. Информирование Страхователя (Застрахованного лица, представителя Застрахованного лица) по его запросу о действиях, связанных с получением услуг, предусмотренных Договором, осуществляется в той же форме, в которой им был сделан запрос, либо в форме, указанной в запросе (устной, на бумажном носителе или электронной). 10.6. В соответствии со статьей 160 Гражданского Кодекса Российской Федерации факсимильной воспроизведение подписи уполномоченного лица Страховщика и печати Страховщика с помощью средств механического и иного копирования на настоящем Договоре признается аналогом собственноручной подписи уполномоченного лица Страховщика и оригинала печати Страховщика.
11. ПРИЛОЖЕНИЯ, ЯВЛЯЮЩИЕСЯ НЕОТЪЕМЛЕМОЙ ЧАСТЬЮ НАСТОЯЩЕГО ДОГОВОРА И ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ДЛЯ СТОРОН	11.1. Программа добровольного медицинского страхования «СПУТНИК ЗДОРОВЬЯ СТАНДАРТ» в редакции от 30.08.2024 г.; 11.2. Памятка получателю страховых услуг по Договору страхования (Полису) «СПУТНИК ЗДОРОВЬЯ СТАНДАРТ»; 11.3. Правила добровольного медицинского страхования граждан АО «СОГАЗ» в редакции от 31.01.2023 г., размещены на сайте АО «СОГАЗ» по ссылке: https://www.sogaz.ru/upload/iblock/61f/gfzzmt3213aoon60h7fkwar3j48hzpfj/003_Pravila-dobrovolnogo-meditsinskogo-strakhovaniya-grazhdan-ot-31.01.2023.PDF).

Представитель Страховщика:

Исполнительный директор,
действующий на основании доверенности № 773/25 от 13.05.2025г.,
Епишина Е.В.



Приложение № 1 к Договору страхования (Полису) «СПУТНИК ЗДОРОВЬЯ СТАНДАРТ»

ПРОГРАММА добровольного медицинского страхования «СПУТНИК ЗДОРОВЬЯ СТАНДАРТ» в редакции от 30.08.2024 г.

Программа добровольного медицинского страхования в редакции от 30.08.2023 г. (далее - Программа) составлена в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования граждан АО «СОГАЗ» в редакции от 31.01.2023 г. (далее – Правила). Правила размещены на интернет-странице Страховщика по адресу: https://www.sogaz.ru/upload/iblock/61f/gfzmt3213aoon60h7fkwar3j48hzpfj/003_Pravila-dobrovolnogo-meditsinskogo-strakhovaniya-grazhdan-ot-31.01.2023.PDF

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В случае если положения Договора и настоящий Программы отличаются от положений Правил, применяются положения, изложенные в Договоре и/или в настоящей Программе в части, не противоречащей действующему законодательству.

1.2. Термины и определения:

1.2.1. 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.

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

1.2.3. Медицинская помощь – первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь, оказываемая в рамках Договора в соответствии с Программой.

1.2.4. 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 предусмотрено оказание медицинских услуг с применением телемедицинских технологий в форме дистанционных (телемедицинских) онлайн-консультаций в порядке, предусмотренном Программой.

1.2.5. 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. 2.3 Программы.

1.2.6. 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 – от Договора 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 порядке, предусмотренном п.8.9 – п. 8.13 настоящей Программы. Продолжительность периода охлаждения - 30 (тридцать) календарных дней с даты заключения Договора.

1.2.7. Временная франшиза – период времени равный 30 календарным дням с даты уплаты страховой премии в течение которого обращение Застрахованного лица в медицинскую или иную организацию для получения медицинских и иных услуг, не является страховым случаем.

1.2.8. Безусловная франшиза – часть стоимости медицинской услуги, предусмотренной п. 2.2 Программы, которая вычитается из стоимости медицинских услуг, подлежащих оплате Страховщиком по Договору. Размер безусловной франшизы указан в п. 9.1.2 Договора и п. 2.2 настоящей Программы. Порядок применения безусловной франшизы указан в разделе 6 настоящей Программы.

1.2.9. Временной слот – интервал времени, доступный для записи Застрахованному лицу к выбранному врачу для проведения телемедицинской онлайн-консультации.

1.3. Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы Застрахованных лиц, связанные с оплатой организации и оказания им медицинских и иных услуг при наступлении страхового случая вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованных лиц, 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, в порядке и на условиях, указанных в Договоре и Программе.

1.4. По условиям настоящей Программы и Договора на страхование не принимаются лица:

1.4.1. младше 1 года или старше 60 лет на дату начала действия страхования по Договору. Договор заключенный в отношении Застрахованного лица, которому в течение срока действия Договора исполнится 61 год, продолжает действовать до истечения срока действия Договора;

1.4.2. находящиеся в местах лишения свободы.

1.5. Лицам, изъявляющим желание заключить Договор в отношении лица, не соответствующего требованиям п. 1.4 Программы, могут быть предложены индивидуальные условия страхования, включая страховую премию, после обращения к Страховщику и заполнения Страхователем заявления на страхование с учетом предусмотренного ст. 945 Гражданского Кодекса Российской Федерации права Страховщика на оценку страхового риска.

1.6. Страховым случаем является:

1.6.1. Обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования по Договору в медицинскую организацию из числа согласованных Страховщиком для организации и оказания Застрахованному лицу дистанционных (телемедицинских) онлайн-консультаций, предусмотренных п. 2.1 Программы, по поводу расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих их оказания

1.6.2. Обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования по Договору в медицинскую организацию из числа указанных в Списке медицинских организаций в Личном кабинете Застрахованного лица, согласованных Страховщиком для организации и оказания Застрахованному лицу медицинских услуг, предусмотренных п. 2.2 Программы, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих их оказания, а также для проведения профилактических мероприятий, предусмотренных п. 2.2 Программы, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их.

1.6.3. Возникновение в течение срока действия страхования по Договору необходимости организации и оказания иных услуг, предусмотренных п. 2.3 Программы, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих их оказания.

1.7. В рамках Программы Страховщик гарантирует Застрахованным лицам при наступлении страхового случая организацию и оплату медицинских и иных услуг, в объеме, предусмотренном настоящей Программой, в медицинских и иных организациях.

1.8. Медицинские и иные услуги:

1.8.1. оказываются Застрахованному лицу при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Договором и настоящей Программой;

1.8.2. оказываются Застрахованному лицу по медицинским показаниям при остром заболевании (состоянии), обострении хронического заболевания, травме (в том числе ожоге, обморожении) и отравлении.

1.9. Территория оказания услуг.

- 1.9.1. Медицинские услуги, предусмотренные п. 2.1 Программы, оказываются Застрахованному лицу, находящемуся на территории Российской Федерации и/или за рубежом, медицинскими организациями, находящимися на территории Российской Федерации;
- 1.9.2. Медицинские услуги, предусмотренные п. 2.2 Программы, оказываются Застрахованному лицу, находящемуся на территории Российской Федерации, медицинскими организациями, находящимися на территории Российской Федерации¹;
- 1.9.3. Иные услуги, предусмотренные п. 2.3 Программы, оказываются Застрахованному лицу, находящимся на территории Российской Федерации, иными организациями, находящимися на территории Российской Федерации¹.

2. ОБЪЕМ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЙ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ

Медицинские услуги, оказываемые Застрахованному лицу, после окончания предусмотренного Договором периода временной франшизы:

- 2.1. Телемедицинские** онлайн-консультации, проводимые врачами-консультантами медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, а именно:
- 2.1.1. срочные телемедицинские онлайн-консультации круглосуточной службой дежурных врачей-терапевтов/педиатров² в ближайший по расписанию доступный временной слот, на который записалось Застрахованное лицо, с предоставлением письменного заключения с рекомендациями по результатам телемедицинской онлайн-консультации - без ограничений количества консультаций в течение срока действия страхования по Договору;
- 2.1.2. плановые телемедицинские онлайн-консультации врача-терапевта/педиатра² или профильного врача-консультанта по предварительной записи в доступный по расписанию временной слот, с предоставлением письменного заключения по результатам телемедицинской онлайн-консультации- без ограничений количества консультаций в течение срока действия страхования по Договору.
- 2.2. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание** Застрахованного лица (с учетом безусловной франшизы в размере 50% от стоимости оказанных медицинских услуг в медицинских организациях, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, включающее в себя:
- 2.2.1. Приемы, консультации и манипуляции врачей по специальностям: акушерство и гинекология, аллергология-иммунология, анестезиология и реаниматология, восстановительная медицина, гастроэнтерология, гематология, генетике, дерматовенерология, детская кардиология², детская онкология², детская урология-андрология, детская хирургия², детская эндокринология², инфекционные болезни, кардиология, клиническая микология, колопроктология, лечебная физкультура и спортивная медицина, мануальная терапия, неврология, нейрохирургия, нефрология, общая врачебная практика (семейная медицина), онкология, остеопатия, оториноларингология (в том числе фониатра), офтальмология, паразитология, психиатрия, педиатрия², пульмонология, рентгенология, ревматология, рефлексотерапия, сердечно-сосудистая хирургия, терапия, токсикология, торакальная хирургия, травматология и ортопедия, трансфузиология, ультразвуковая диагностики, урология, физиотерапия, фтизиатрия, функциональная диагностике, хирургия, челюстно-лицевая хирургия, эндокринология, эндоскопия.

Ограничения по п. 2.2.1 Программы

Приемы, консультации и манипуляции врачей по специальностям:	Ограничение объема услуг, предусмотренные в рамках обслуживания по настоящей Программе
Онкология	До установления диагнозов, из числа указанных в п.п. 3.10-3.11 Программы
Фтизиатрия	До установления диагноза: туберкулез
Психиатрия	Без применения диагностических тестов, однократно, в период действия страхования по Договору

- 2.2.2. Оформление медицинской документации:
- Оформление и выдача сертификата о профилактических прививках (форма 156/у-93)²; экспертиза временной нетрудоспособности Застрахованного лица или законного представителя застрахованного лица (при необходимости ухода за Застрахованным лицом) с оформлением листков нетрудоспособности и справок формы 095/у; справки Застрахованному лицу или законному представителю Застрахованного лица и справок Застрахованному лицу²; подготовка выписки из медицинской карты по форме 027/у; необходимое обследование с последующим оформлением медицинской документации в ДДУ, школу, среднее профессиональное и высшее учебное заведение², оформление рецептов (за исключением льготных).
- 2.2.3. Лабораторные исследования: общеклинические (химико-микроскопические и гематологические, включая коагулограмму); биохимические (включая гормональные исследования); иммунологические: определение общих иммуноглобулинов (А, Е, М, G); определение антител к антигенам тканей, их компонентам, секретам, метаболитам, гормонам; исследование противоопухолевого иммунитета (онкомаркеры); исследование антигенной системы эритроцитов; микробиологические (в бактериологии, вирусологии, микологии, паразитологии): макро- и микроскопические, иммуносерологические исследования, молекулярно - биологические методы исследования (методы гибридизации ДНК и РНК, ПЦР), культивирование и идентификация при бактериологических исследованиях; цитологические и гистологические исследования.

Ограничения по п. 2.2.3 Программы

Лабораторные исследования	Ограничение объема услуг, предусмотренные в рамках обслуживания по настоящей Программе
Иммунологические исследования (определение общих иммуноглобулинов (А, Е, М, G) и аллергодиагностика	Исключено: – определение антител к антигенам растительного, животного, химического, лекарственного происхождения; клеткам крови, соединительной ткани; субструктурам клеток; иммуноглобулинам и их фрагментам, метаболитам клеток и их рецепторам; – определение показателей естественных факторов защиты, измененной реактивности, иммунологической толерантности; – определение антигенов главного комплекса гистосовместимости; антигенной системы других клеток крови; – идентификация Т-лимфоцитов, В-лимфоцитов, нейтрофилов; – определение гуморальных факторов иммунокомпетентных и других клеток, регулирующих системы гомеостаза (цитокинов).
Исследование противоопухолевого иммунитета (онкомаркеры ПСА и СА 125)	Не более 2 раз за период действия страхования по Договору
Иммуносерологические исследования, молекулярно - биологические методы исследования (методы гибридизации ДНК и РНК, ПЦР)	Не более 3 возбудителей при каждом случае заболевания.
ПЦР диагностика заболеваний, передающихся	Исследования не более чем на 5 возбудителей в рамках одного обращения. Суммарно

¹ с учетом возможности Страховщика организовать и оплатить оказание медицинских услуг в конкретной медицинской организации и прочими обстоятельствами

² для Застрахованных лиц в возрасте от 1 до 17 лет включительно на дату начала действия страхования по Договору.

Лабораторные исследования	Ограничение объема услуг, предусмотренные в рамках обслуживания по настоящей Программе
половым путем	не более 2 раз за период действия страхования по Договору

2.2.4. Инструментальные исследования: функциональная диагностика: электрокардиография (ЭКГ), электроэнцефалография (ЭЭГ), реоэнцефалография (РЕГ), исследование функции внешнего дыхания (спирография), суточное мониторирование артериального давления/ ЭКГ, нагрузочные тесты (велозерометрия, тредмил-тест), миография; ультразвуковая диагностика: УЗИ органов и тканей, эхокардиография (ЭхоКГ), сосудистая доплерография в т.ч. с цветным картированием; рентгенологические и рентген-радиологические исследования, включая компьютерную томографию³, позитронно-эмиссионную томографию³, радиоизотопные исследования³; магнитно-резонансная томографию³; эндоскопические исследования.

Ограничения по п. 2.2.4 Программы

Инструментальные исследования	Ограничение объема услуг, предусмотренные в рамках обслуживания по настоящей Программе
Позитронно-эмиссионная томография	По направлению Страховщика, однократно за период действия страхования по Договору

2.2.5. Процедуры, манипуляции и методы лечения:

2.2.5.1. Физиотерапевтическое лечение (в отделении физиотерапии): лазеротерапия, электротерапия, магнитотерапия, светолечение, ультразвуковая терапия, фонофорез, ингаляции.

2.2.5.2. Восстановительное лечение: групповая лечебная физкультура, классический лечебный массаж, классическая корпоральная иглорефлексотерапия, мануальная терапия, остеопатия.

Ограничения по п. 2.2.5.2 Программы

Восстановительное лечение	Ограничение объема услуг, предусмотренные в рамках обслуживания по настоящей Программе
Групповая лечебная физкультура	Не более 10 сеансов за период действия страхования по Договору
Классический лечебный массаж	Не более 10 сеансов (не более трех массажных единиц за один сеанс) за период действия страхования по Договору
Классическая корпоральная иглорефлексотерапия	Не более 10 процедур за период действия страхования по Договору
Мануальная терапия	Не более 10 процедур за период действия страхования по Договору
Остеопатия	Не более 10 процедур за период действия страхования по Договору

2.2.5.3. Лечебные и диагностические манипуляции: инъекции: подкожные, внутривенные, внутримышечные, внутрисуставные, парабубарные; проведение малых хирургических операций в амбулаторных условиях; скарификационные пробы, специфическая иммунная терапия (СИТ), аппаратные методы лечения с использованием радиоволнового, лазерного и ультразвукового оборудования⁴; ударно-волновая терапия.

Ограничения по п. 2.2.5.3 Программы

Лечебные манипуляции	Ограничение объема услуг, предусмотренные в рамках обслуживания по настоящей Программе
Специфическая иммунная терапия (СИТ)	Не более 3 аллергенов, однократно, за период действия страхования по у Договору с самостоятельной оплатой Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица) лекарственных средств парентерального введения
Аппаратные методы лечения с использованием радиоволнового, лазерного и ультразвукового оборудования ⁴ ;	По назначению врача соответствующей специальности, однократно за период действия страхования по Договору, не более 5 процедур
Ударно-волновая терапия	Не более 5 процедур за период действия страхования по Договору

2.2.5.4. Иммунопрофилактика:

- вакцинация в соответствии с национальным календарем профилактических прививок;
- сезонная вакцинация против гриппа биопрепаратами отечественного и импортного производства в условиях поликлиники⁵;
- антирабическая и противостолбнячная вакцинация при травме⁶;
- проведение туберкулиновых проб⁷.

2.2.6. Динамическое наблюдение за развитием ребенка до 7 лет врачом-педиатром, средним медицинским персоналом, врачами по специальностям акушерство и гинекология, неврология, травматология-ортопедия, хирургия, оториноларингология, офтальмология, психиатрия, урология, стоматология, лабораторные и инструментальные исследования в соответствии с действующими нормативными актами Министерства Здравоохранения Российской Федерации⁵:

Возрастные периоды, в которые проводятся медицинские осмотры	Осмотры врачами - специалистами	Лабораторные, функциональные и иные исследования
Осмотры и исследования осуществляются в детской поликлинике		
12 месяцев	Педиатр Невролог Детский хирург Оториноларинголог Травматолог-ортопед Офтальмолог	Общий анализ крови Общий анализ мочи Электрокардиография
1 год 3 месяца	Педиатр	
1 год 6 месяцев	Педиатр	
2 года	Педиатр Детский стоматолог Психиатр детский	

³ Осуществляется только по направлению Страховщика.

⁴ В амбулаторных условиях – на приеме у врача.

⁵ В соответствии с действующим законодательством РФ.

⁶ При наличии вакцины в клинике.

⁷ для Застрахованных лиц в возрасте от 1 до 17 лет включительно на дату начала действия страхования по Договору.

Возрастные периоды, в которые проводятся медицинские осмотры	Осмотры врачами - специалистами	Лабораторные, функциональные и иные исследования
3 года	Педиатр Невролог Детский хирург Детский стоматолог Офтальмолог Оториноларинголог Акушер-гинеколог (девочки) Детский уролог-андролог (мальчики)	Общий анализ крови Общий анализ мочи
4 года	Педиатр Детский стоматолог	
5 лет	Педиатр Детский стоматолог	
6 лет	Педиатр Невролог Детский хирург Офтальмолог Детский стоматолог Оториноларинголог Психиатр детский Травматолог-ортопед Акушер-гинеколог (девочки) Детский уролог-андролог (мальчики)	Общий анализ крови Общий анализ мочи Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное), Ультразвуковое исследование почек, Ультразвуковое исследование сердца (эхография) Электрокардиография
7 лет	Педиатр Невролог Детский стоматолог Офтальмолог Оториноларинголог	Общий анализ крови Общий анализ мочи

Иные услуги, оказываемые Застрахованному лицу после окончания предусмотренного Договором периода временной франшизы:

2.3. Иные услуги по организации медицинской помощи, оказываемые Застрахованному лицу:

2.3.1. Услуги сервиса телемедицинских онлайн-консультаций Застрахованного лица, где сохраняются история обращений Застрахованного лица и письменные рекомендации врачей по результатам проведенных телемедицинских онлайн-консультаций в рамках Программы.

2.3.2. Содействие Застрахованному лицу в организации приема врача профильной специальности, включающая помощь в подборе клиники и записи к профильному врачу.

В случае, если прием профильного врача предусмотрен п.2.2.1 Программы и организуется в медицинской организации из числа указанных в Личном кабинете Застрахованного лица, согласованной Страховщиком, прием врача профильной специальности проводится в соответствии с п. 2.2.1 Программы. В случае, если Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица) выбрана медицинская организация, не указанная в Личном кабинете Застрахованного лица, не согласованная Страховщиком, или специальность профильного врача, не предусмотренная п. 2.2.1 Программы, стоимость приема профильного врача оплачивается Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица) самостоятельно.

2.3.3. Содействие Застрахованному лицу в организации диагностических обследований и лечения. Содействие Застрахованному лицу в организации диагностических обследований и лечения включает в себя поиск требуемой клиники и подбор профильного врача для проведения диагностических обследований и лечения.

В случае, если диагностическое обследование и лечение, назначенное врачом, предусмотрено п.2.2 Программы и организуется в медицинской организации, указанной в Личном кабинете Застрахованного лица, согласованной Страховщиком, диагностическое обследование и лечение производится в соответствии с п. 2.2 Программы.

В случае, если Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица) выбрана организация или диагностические обследования и лечение, не указанная в Личном кабинете Застрахованного лица, не согласованная Страховщиком, а также специальность профильного врача не предусмотрены п.2.2 Программы, стоимость консультации врача, диагностических обследований и лечения оплачивается Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица) самостоятельно.

Страховщиком не возмещается стоимость медицинских и иных услуг, оплаченных Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица) самостоятельно.

3. СЛУЧАИ, НЕ ЯВЛЯЮЩИЕСЯ СТРАХОВЫМИ

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

3.1.1. ВИЧ – инфекция, СПИД, и их осложнения.

3.1.2. Психические заболевания и их осложнения, органические психические расстройства (включая симптоматические), алкоголизм, наркомания, токсикомания.

3.1.3. Туберкулез, муковисцидоз независимо от клинической формы и стадии процесса.

3.1.4. Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем.

3.1.5. Острые и хронические вирусные гепатиты, за исключением гепатита А; цирроз печени.

3.1.6. Лучевая болезнь.

3.1.7. Особо опасные инфекционные болезни: натуральная оспа (В03), полиомиелит (А80), тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС) (U04).

3.1.8. Заболевания, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

Код заболеваний по МКБ-10	Наименование заболеваний
В 20 - В 24	болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)
А 90 - А 99	вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки
В 65 - В 83	гельминтозы
В 16; В 18.0; В 18.1	гепатит В

В 17.1; В 18.2	гепатит С
А 36	дифтерия
А 50 - А 64	инфекции, передающиеся преимущественно половым путем
А 30	лепра
В 50 - В 54	малярия
В 85 - В 89	педикулез, акариаз и другие инфекации
А 24	сап и мелиоидоз
А 22	сибирская язва
А 15 - А 19	туберкулез
А 00	холера
А 20	чума
В 34.2	коронавирусная инфекция (2019-nCoV)

- 3.1.9. Иммунодефицитные состояния.
- 3.1.10. Злокачественные новообразования.
- 3.1.11. Новообразования головного мозга, мозговых оболочек и ганглиев.
- 3.1.12. Демиелинизирующие и дегенеративные заболевания нервной системы, миастения.
- 3.1.13. Наследственные заболевания: хромосомные, моногенные, митохондриальные (болезни, аномалии, нарушения), наследственные болезни обмена; аномалии развития, врожденные пороки; детский церебральный паралич.
- 3.1.14. Системные заболевания соединительной ткани (склеродермия, системная красная волчанка, дерматомиозит, ревматическая полимиалгия), ревматоидный артрит, васкулиты.
- 3.1.15. Заболевания, послужившие основанием для установления Застрахованному лицу инвалидности 1 или 2 группы – при наличии у Застрахованного лица инвалидности 1 или 2 группы на дату вступления в силу Договора.
- 3.1.16. Заболевания, послужившие основанием для установления Застрахованному лицу впервые инвалидности 1 или 2 группы в течение срока действия Договора – с даты установления группы инвалидности.
- 3.1.17. Хроническая почечная и печеночная недостаточность, требующая проведения экстракорпоральных методов лечения.
- 3.1.18. Заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, аутотрансплантации, протезирования, за исключением заболеваний, требующих проведения АКШ, катаракты.
- 3.1.19. Ронхопатия, апноэ во сне.
- 3.1.20. Ожирение.

3.2. Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованных лиц по поводу:

- 3.2.1. получения любых медицинских услуг, не назначенных врачом и не предусмотренных настоящей Программой;
- 3.2.2. оказания медицинских и иных услуг, произошедшее вне срока действия страхования, и/или в период действия временной франшизы;
- 3.2.3. получения любых стоматологических медицинских услуг;
- 3.2.4. получения любых стационарных медицинских услуг и лечения, а также услуг, проводимых в стационарных условиях, включая стационар одного дня и применение стационарзамещающих технологий;
- 3.2.5. приемов, консультаций и манипуляций врачей-специалистов и среднего медицинского персонала по специальностям: гериатрия, диabetология, диетология, косметология, пластическая хирургия, профпатология, психиатрия-наркология, психотерапия, сексология, сурдология-оториноларингология и иным, связанных с применением методов нетрадиционной медицины, а также связанных с направлением или проведением медико-социальной экспертизы;
- 3.2.6. консультаций и занятий у логопеда, психолога;
- 3.2.7. генетических лабораторных исследований;
- 3.2.8. получения медицинских услуг, связанные с диагностикой и лечением иммунодефицитных состояний;
- 3.2.9. проведения оздоровительных мероприятий;
- 3.2.10. диспансерного наблюдения (динамического наблюдения, в том числе необходимого обследования) за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями из числа указанных в разделе 3 настоящей Программы и функциональными расстройствами;
- 3.2.11. иммунопрофилактика, кроме случаев, предусмотренных Программой;
- 3.2.12. диагностики и лечения мужского и женского бесплодия, импотенции; вопросов планирования семьи (включая вопросы контрацепции), введения и удаления (без медицинских показаний) ВМС;
- 3.2.13. получения медицинских услуг, связанных с беременностью, за исключением оказания экстренной помощи при угрожающих жизни состояниях;
- 3.2.14. проведения: пластических операций, диагностики или лечения с эстетической или косметической целью, или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного лица, включая лечение заболеваний волос, удаление невусов; склеротерапии вен нижних конечностей;
- 3.2.15. удаления: кондилом, мозолей, бородавок, папиллом, контагиозных моллюсков;
- 3.2.16. коррекции веса;
- 3.2.17. диагностических и лечебных мероприятий, связанных с лазерной коррекцией зрения, аппаратными методами лечения в офтальмологии, периферической лазерокоагуляции сетчатки (за исключением случаев, когда диагностирован разрыв сетчатки, отслоение сетчатки);
- 3.2.18. проведения любых трансплантаций тканей;
- 3.2.19. проведения догоспитальной подготовки и последующего наблюдения по поводу заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации, аутотрансплантации, протезирования;
- 3.2.20. установки или коррекции протезов, эндопротезов, имплантов;
- 3.2.21. установки металлоконструкций, наборов для остеосинтеза и фиксации, стабилизирующих систем;

- 3.2.22. проведения лечебных манипуляций и иных оперативных вмешательств с установкой кардиостимуляторов, стентов, баллонов, проводников и пр. для проведения ангиопластики и стентирования;
- 3.2.23. проведения экстракорпоральных методов лечения за исключением случаев, когда они проводятся по жизненным показаниям;
- 3.2.24. получения физиотерапевтического лечения: термотерапии, криотерапии, криосауны, надсосудистого и внутрисосудистого лазерного облучения крови (НЛОК и ВЛОК), вибро-и вибровакuum-терапии, лимфодренажа- и прессо-терапии, кавитации, аэроионотерапии, ароматотерапии, галоаэрозольной терапии, спелеотерапии, нормобарической гипокситерапии, гипербарической и гипобарической баротерапии, бальнеотерапии, гидротерапии (души, ванны, сауна, гидроклоноотерапия), грязелечения, капсулы «Санспектра», озонотерапии, ксенонотерапии, ингаляции гелия, плазмотерапии, фотодинамической терапии (кроме лечения псориаза), тракционных и акватракционных систем;
- 3.2.25. проведения традиционной диагностики и терапии, в т.ч. диагностики по методу Фоля, волновой диагностики, спектральной коррекции, гомеопатии, иридодиагностики, аурикулодиагностики, электропунктурной диагностики и терапии энергоинформатикой, биорезонансной, частотно-резонансной и спектрально-динамической технологий, программно-аппаратными комплексами диагностики и реабилитации типа «Senso», гирудотерапии, апитерапии, фитотерапии; традиционных систем оздоровления;
- 3.2.26. получения лечения, являющегося по характеру экспериментальным или исследовательским;
- 3.2.27. проведения видеокапсульной эндоскопии;
- 3.2.28. получения восстановительного аппаратного лечения нарушений двигательной функции костно-мышечной системы аппаратами типа Lokomat, Biodex, Con-Trex, TERGUMED Artromot, Theravital, OPMEД и т.п.;
- 3.2.29. оформления медицинской документации: посыльных листов на МСЭ; заключений предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования); справок на профессиональную пригодность (форма 086/у); санаторно-курортных карт (форма 072/у8 / 076/у); справок в бассейн, фитнес-центр, спортивные секции; справок в ГИБДД (форма 083/у)8; справок для выезжающих за границу (форма 082/у); справок для получения путевки (форма 070/у); справок на госслужбу по форме 001-Г/С/у8; справок на оружие (форма 046-1);
- 3.2.30. выдачи оригиналов и копий амбулаторных карт за исключением случаев, предусмотренных законодательством;
- 3.2.31. расходов Застрахованного лица (представителя Застрахованного лица) на приобретение, в том числе по рецепту лечащего врача, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, ВМС, медицинскому оборудованию, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, медицинских изделий, предназначенных для ухода за больными и т.п., корригирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений (корсетов, костылей, стелек и др.), а также расходов на их подгонку и коррекцию;
- 3.2.32. обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения необходимыми для курсового и/или инъекционного лечения в амбулаторно-поликлинических условиях и условиях дневного стационара;
- 3.2.33. услуг, оказанных Застрахованному лицу после окончания срока действия страхования по Договору;
- 3.2.34. услуг, предусмотренных Программой, в случае обращения Застрахованных лиц, находящихся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- 3.2.35. получения медицинских и(или) иных услуг, если обращение наступило вследствие:
- 3.2.35.1. терроризма, диверсии, саботажа;
- 3.2.35.2. применения химического или биологического оружия массового поражения;
- 3.2.35.3. воздействие снарядов, мин, торпед, бомб и иных орудий войны, в том числе брошенных (бесхозных);
- 3.2.35.4. вторжений / нападений, военных учений, революции, контртеррористических операций, военных операций любого рода, вне зависимости от того, объявлены ли такие события официально или нет, а также объявления военного положения и(или) мобилизации;
- 3.2.35.5. массовых беспорядков: восстаний, бунтов, мятежей, локаутов, беспорядков.
- 3.2.36. В соответствии со ст. 964 Гражданского кодекса Российской Федерации Страховщик освобождается от обязанности произвести оплату медицинских и иных услуг, если обращение за предоставлением этих услуг наступило вследствие:
- 3.2.36.1. воздействия ядерного взрыва, радиации, радиоактивного заражения;
- 3.2.36.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- 3.2.36.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок

4. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ ПО ПРОГРАММЕ⁸

Для получения медицинских услуг, предусмотренных настоящей Программой:

- 4.1. Застрахованному лицу (законному представителю Застрахованного лица) необходимо произвести регистрацию Застрахованного лица в Личном кабинете Застрахованного лица (далее – Личный кабинет) на сайте Страховщика по адресу <https://lk.sogaz.ru> или в мобильном приложении Страховщика (далее – Мобильное приложение Страховщика) и предоставить согласие Застрахованного лица на обработку персональных данных, в том числе специальной категории персональных данных (включая врачебную тайну).
- 4.2. Для получения телемедицинских онлайн консультаций, предусмотренных п. 2.1 настоящей Программы:
- 4.2.1. Застрахованному лицу (законному представителю Застрахованного лица) необходимо авторизоваться и войти в Личный кабинет мобильного приложения Страховщика. Мобильное приложение Страховщика позволяет Застрахованному лицу (законному представителю Застрахованного лица) в рамках настоящей Программы связываться с врачом, получать устные и письменные консультации, прикреплять и хранить медицинские документы (результаты анализов, медицинские заключения, справки и т.д.).
- 4.2.2. Связь Застрахованного лица (представителя Застрахованного лица) с врачом-терапевтом/педиатром при срочной консультации осуществляется следующим образом:
- 4.2.2.1. Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) через Личный кабинет самостоятельно осуществляет запись на срочную консультацию на ближайший доступный для записи временной слот через мобильное приложение Страховщика;
- 4.2.2.2. во время получения консультации Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) имеет возможность, используя мобильное приложение Страховщика, показать врачу медицинскую документацию, в том числе загрузить новый документ;
- 4.2.2.3. по результатам онлайн-консультации врач направляет через мобильное приложение Страховщика письменное заключение со всеми рекомендациями, которые он дал Застрахованному лицу (представителю Застрахованного лица).
- 4.2.3. Связь Застрахованного лица (представителя Застрахованного лица) при плановой онлайн-консультации с врачом – терапевтом/педиатром или профильным врачом-консультантом осуществляется следующим образом:
- 4.2.3.1. Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) заблаговременно, самостоятельно осуществляет запись на онлайн-консультацию и определяет дату и время консультации исходя из доступных для записи временных слотов приема выбранного врача, указанных в Личном кабинете Застрахованного лица;
- 4.2.3.2. во время проведения консультации Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) имеет возможность показать врачу необходимую медицинскую документацию через мобильное приложение Страховщика, в том числе загрузить новый документ в мобильное приложение Страховщика.
- 4.2.4. Для получения услуг, предусмотренных п.п. 2.3.2 и 2.3.3 Программы, Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) оставляет заявку на консультацию с контактами для обратной связи врачу во время телемедицинской онлайн-консультации.
- 4.3. **Для получения медицинских услуг, предусмотренных п. 2.2 Программы (амбулаторно-поликлиническое обслуживание),** Застрахованному лицу (представителю Застрахованного лица) необходимо:

⁸ При организации медицинской помощи Застрахованному лицу, Страховщик оставляет за собой право в выборе медицинской организации, руководствуясь характером клинической проблемы, состоянием здоровья Застрахованного лица, возможностями медицинских организаций, наличием мест, временными факторами и пр.

4.3.1. Зарегистрировать в Личном кабинете Застрахованного лица банковскую карту, указав реквизиты банковской карты в системе интернет-эквайринга в целях организации списания денежных средств в размере предусмотренной Договором Безусловной франшизы, и представить согласие Застрахованного лица (представителя Застрахованного лица) на исполнение обязательств в рамках Программы путем проставления чек-боксов в Личном кабинете Застрахованного лица.

4.3.2. Не ранее чем через 24 часа с момента регистрации банковской карты в Личном кабинете Застрахованного лица, в соответствии с п. 4.3.1 настоящей Программы, у Застрахованного лица (представителя Застрахованного лица) появится возможность произвести запись или обратиться в медицинскую организацию, из числа указанных в списке медицинских организаций в Личном кабинете, для получения медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических условиях, предусмотренных п. 2.2 Программы.

4.3.3. Для записи в медицинскую организацию, Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) может:

4.3.3.1. обратиться к Страховщику через федеральный медицинский контактный центр по телефону 8-800-250-29-06;

4.3.3.2. самостоятельно обратиться в медицинскую организацию по телефонам, указанным в списке медицинских организаций, представленном в Личном кабинете;

4.3.3.3. самостоятельно, через Личный кабинет Застрахованного лица, произвести запись в медицинскую организацию, в случаях, когда техническая возможность позволяет произвести запись.

4.3.4. При возникновении сложностей при самостоятельной записи в медицинскую организацию, Застрахованному лицу (представителю Застрахованного лица) необходимо в соответствии с п. 4.3.3.1 обратиться к Страховщику через федеральный медицинский контактный центр по телефону 8-800-250-29-06.

4.3.5. При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) должно предъявить Договор страхования и документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.

4.3.6. Медицинские услуги оказываются Застрахованному лицу в режиме работы медицинской организации, в соответствии с ранее произведенной записью на прием или услугу.

5. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

5.1. Телемедицинские онлайн-консультации в рамках Программы осуществляются с использованием мобильного устройства Застрахованного лица (представителя Застрахованного лица), с установленным на нем приложением сервиса телемедицинских онлайн-консультаций (в дальнейшем – оборудование), соответствующего следующим техническим требованиям к установленной на нем операционной системе:

- iOS 8.0 или более поздняя версия;
- Android 7.0 или более поздняя версия.

5.2. Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им оборудования. Страховщик и организация, предоставляющая сервис онлайн-консультаций, не несут ответственности за невозможность получения Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица) услуг, возникшей из-за несоответствия оборудования Застрахованного лица (представителя Застрахованного лица) указанным требованиям и/или его неисправности.

5.3. Информация о медицинских организациях и врачах, предоставляющих медицинские услуги с использованием телемедицинских технологий, их профессиональном образовании, квалификации размещена на сайте сервиса телемедицинских онлайн-консультаций.

5.4. Телемедицинские онлайн-консультации могут оказываться одним из следующих способов, в том числе совместно, по выбору Застрахованного лица (представителя Застрахованного лица):

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

5.5. Телемедицинские онлайн-консультации могут проводиться на основе медицинской информации и документации, предоставленной Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица) во время консультации.

5.6. Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) 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 через Личный кабинет Застрахованного лица.

5.7. Во время проведения телемедицинской онлайн-консультации, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, врач информирует Застрахованное лицо (представителя Застрахованного лица) о специалистах, к которым следует обратиться Застрахованному лицу 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.

5.8. Застрахованному лицу предоставляются телемедицинские онлайн-консультации по всем медицинским вопросам, непосредственно связанным с личностью Застрахованного лица, 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.

5.9. По результатам телемедицинской онлайн-консультации врачом составляется письменная рекомендация (заключение) для Застрахованного лица, которое размещается и хранится в мобильном приложении.

5.10. Услуги в форме срочной дистанционной (телемедицинской) консультации дежурным врачом оказываются Застрахованным лицам круглосуточно.

5.11. Услуги в форме плановых дистанционных (телемедицинских) онлайн-консультаций Застрахованного лица (представителя Застрахованного лица) профильным врачом-специалистом осуществляются врачом в режиме работы медицинской организации по предварительной записи. При этом если Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) произвело запись на плановую консультацию, но не воспользовалось ею и заранее (не менее чем за 12 часов до консультации) не отменило ее, то плановая консультация и услуга считается оказанной.

5.12. Услуги в форме телемедицинских онлайн-консультаций оказываются врачами, сотрудниками медицинских организаций с соблюдением норм действующего законодательства и с учетом специфики оказания услуг дистанционным способом.

6. ИСПОЛНЕНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ПО ОПЛАТЕ БЕЗУСЛОВНОЙ ФРАНШИЗЫ ПО АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

6.1. Страховщик посредством Личного кабинета Застрахованного лица предоставляет информацию о медицинских услугах, организованных и предоставленных Застрахованному лицу, предусмотренных п. 2.2 Программы, стоимость которых Застрахованному лицу (представителю Застрахованного лица) требуется возместить Страховщику в размере Безусловной франшизы, предусмотренной Договором.

6.2. Страховщик оплачивает медицинские услуги из числа предусмотренных п. 2.2 Программы, согласно счетам медицинского учреждения, в полном объеме с последующим возмещением Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица) Страховщику той части оплаты медицинских услуг, которая соответствует размеру Безусловной франшизы по Договору.

6.3. По распоряжению Страховщика производится безакцептное списание средств со счета банковской карты, зарегистрированной в Личном кабинете Застрахованного лица, в размере Безусловной франшизы. В случае регистрации нескольких банковских карт списание

производится с первой зарегистрированной банковской карты, а в случае нехватки средств на ней для оплаты Безусловной франшизы в полном объеме – списание в полном объеме производится со следующей банковской карты и т.д.

6.4. В случае отсутствия достаточных средств на счете банковской карты для возмещения Страховщику части стоимости оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг в размере Безусловной франшизы, Страховщик направляет через Личный кабинет Застрахованного лица первичное уведомление об этом.

6.5. В течение 10 календарных дней со дня получения от Страховщика первичного уведомления Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) обязано обеспечить наличие на счете банковской карты денежных средств в необходимом для возмещения Страховщику части стоимости оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг в размере Безусловной франшизы размере или зарегистрировать дополнительную банковскую карту с достаточной суммой средств.

6.6. Если в течение 10 календарных дней после первичного уведомления Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица) не обеспечено наличие необходимых средств на счете банковской карты (первично зарегистрированной или дополнительной), Страховщик через Личный кабинет Застрахованного лица направляет повторное уведомление. Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) обязан обеспечить наличие необходимых средств в течение 5 календарных дней после направления Страховщиком повторного уведомления.

6.7. При неисполнении Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица) обязательств по возмещению Страховщику части стоимости оказанных Застрахованному лицу услуг в размере Безусловной франшизы в течение 5 календарных дней с момента направления повторного уведомления, с 6-го календарного дня с даты направления повторного уведомления Застрахованному лицу (представителю Застрахованного лица), оказание медицинских услуг Застрахованному лицу, предусмотренных п. 2.2 настоящей Программы (при оплате которых предусмотрена Безусловная франшиза), прекращается в связи с неисполнением обязательств по возмещению Безусловной франшизы с направлением соответствующего уведомления Застрахованному лицу (представителю Застрахованного лица).

6.8. Если срок действия Договора не истек, то в случае погашения Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица) задолженности в срок, не превышающий 30 календарных дней с даты направления первичного уведомления Застрахованному лицу (представителю Застрахованного лица), страхование в части организации и оказания медицинских услуг, указанных в п. 2.2 Программы (по которым Договором предусмотрена Безусловная франшиза), возобновляется с 10-го календарного дня с даты погашения задолженности в полном объеме.

6.9. При неисполнении Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица за Застрахованное лицо) обязательств по возмещению Страховщику части стоимости оказанных медицинских услуг из числа предусмотренных п. 2.2 Программы в размере Безусловной франшизы, Страховщик вправе обратиться в суд в целях взыскания указанной в уведомлении суммы и суммы образовавшейся задолженности.

7. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА

7.1. Страховая сумма указывается в п. 5 Полиса.

7.2. Страховая премия указывается в п.6 Полиса.

7.3. Срок действия страхования по Полису начинается - в соответствии с п. 8.3 Полиса. Срок страхования заканчивается датой окончания срока действия Полиса.

7.4. Полис вступает в силу с даты уплаты Страхователем страховой премии, которая уплачивается единовременно, в полном объеме, безналичным перечислением или наличными денежными средствами, в срок не позднее даты выдачи Полиса. Срок действия Полиса – 1 год и 30 дней с даты уплаты страховой премии. Страхование по Полису распространяется на страховые случаи, произошедшие в течение срока страхования и с учетом временной франшизы (п. 9.1.1 Полиса).

7.5. Обязательство Страхователя по уплате страховой премии считается исполненным с даты (момента) уплаты страховой премии. Дата (момент) уплаты страховой премии определяется в соответствии с п. 3 ст. 16.1 Закона РФ от 07.02.1992 N 2300-1 «О защите прав потребителей».

7.6. В случае неуплаты страховой премии или уплаты страховой премии не в полном объеме, Полис считается незаключенным и не вступает в силу.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ПОЛИСА

8.1. Договор страхования заключается в письменной форме путем акцепта Страхователем Полиса, подписанного Страховщиком, включая Правила ДМС, памятку получателю страховых услуг и настоящую Программу. Акцептом Полиса в соответствии со ст. 438 Гражданского кодекса Российской Федерации является уплата Страхователем страховой премии в размере и срок, установленные Полисом.

8.2. При заключении 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 Полисе. Если будет установлено, что Полис заключен в пользу Застрахованного лица, указанного в п. 1.4 настоящей Программы, Страховщик вправе потребовать признание Полиса недействительным и применения последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 ГК РФ. В таком случае Страхователь имеет право на возврат уплаченной страховой премии в полном объеме.

8.3. Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) после заключения Полиса осуществляет регистрацию в Личном кабинете в порядке, предусмотренном п. 4.1 настоящей Программы.

8.3.1. Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) после регистрации в Личном кабинете с целью получения медицинских услуг, предусмотренных п. 2.2 Программы в соответствии с порядком, предусмотренным п. 4.3 настоящей Программы, производит регистрацию банковской карты в Личном кабинете.

8.3.2. В процессе регистрации банковской карты в Личном кабинете Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) подтверждает свое согласие на исполнение обязательств по возмещению части стоимости оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг в размере Безусловной франшизы предусмотренной Полисом, печатная форма которого после завершения регистрации банковской карты направляется Застрахованному лицу (представителю Застрахованного лица).

8.4. При утрате Страхователем (Застрахованным лицом) страховых документов, указанных в п. 8.1 настоящей Программы, 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 (Застрахованного лица).

8.5. Все заявления и извещения, которые делают друг другу стороны Полиса, должны производиться в соответствии с п. 10.4 Полиса.

8.6. Полис прекращает свое действие в случаях:

8.6.1. исполнения Страховщиком обязательств по Полису в полном объеме.

8.6.2. прекращения действия Полиса по решению суда;

8.6.3. 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;

8.6.3.1. Для отказа от Полиса в соответствии с п.п.8.6.3 и 8.14 настоящей Программы Страхователю необходимо предоставить Страховщику заявление об отказе от Полиса, собственноручно подписанное Страхователем, документ, удостоверяющий личность Страхователя (при обращении в офис Страховщика), копию документа, удостоверяющего личность Страхователя (при направлении указанного пакета документов Страховщику средствами почтовой связи), а также, в случае предусмотренном п. 8.6.3 Программы необходимо приложить документ, подтверждающих основание для возврата страховой премии.

8.6.4. в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

8.7. Полис может быть расторгнут досрочно по соглашению сторон.

8.8. Страхователь имеет право отказаться от Полиса в любое время.

8.9. При отказе Страхователя от Полиса:

8.9.1. в течение 30 календарных дней с даты его заключения (Период охлаждения), при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, страховая премия подлежит возврату Страховщиком в полном объеме.

8.9.2. в случае непредоставления, предоставления неполной или недостоверной информации о договоре добровольного страхования при отсутствии в течение срока действия страхования событий, имеющих признаки страхового случая, страховая премия подлежит возврату Страховщиком за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

8.10. Для отказа от Полиса с условием возврата страховой премии (части страховой премии) Страхователю необходимо:

8.10.1. в соответствии с п. 8.9.1 настоящей Программы - в течение Периода охлаждения предоставить Страховщику заявление об отказе от Полиса, собственноручно подписанное Страхователем, документ, удостоверяющий личность Страхователя (при обращении в офис), копию документа, удостоверяющего личность Страхователя (при направлении указанного пакета документов Страховщику средствами почтовой связи).

8.10.2. в соответствии с п. 8.9.2 настоящей Программы - предоставить Страховщику заявление об отказе от Полиса, собственноручно подписанное Страхователем, документ, удостоверяющий личность Страхователя (при обращении в офис), копию документа, удостоверяющего личность Страхователя (при направлении указанного пакета документов Страховщику средствами почтовой связи).

8.11. Документация, предусмотренная п. 8.10 настоящей Программы может быть предоставлена Страхователем путем ее вручения Страховщику (при обращении Страхователя в офисы Страховщика, адреса которых можно узнать на сайте Страховщика по адресу <https://www.sogaz.ru/sogaz/about/filials/>) либо путем отправки через организацию почтовой связи Страховщику.

8.12. Полис прекращает свое действие:

8.12.1. По п. 8.6.3 Программы с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Полиса и документации, предусмотренной п. 8.6.3.1 настоящей Программы;

8.12.2. По п. 8.9.1 Программы: с даты начала срока страхования;

8.12.3. По п. 8.9.2 Программы: с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Полиса и документации, предусмотренной п. 8.10.2 настоящей Программы.

8.13. Возврат Страховщиком уплаченной страховой премии (части страховой премии) производится по выбору Страхователя способом (наличными денежными средствами или в порядке безналичных расчетов), указанным Страхователем в заявлении об отказе от Полиса, в срок:

8.13.1. не превышающий 10 рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Полиса, при отказе в соответствии с п. 8.9.1 настоящей Программы и документа, подтверждающего основания для возврата страховой премии, при отказе в соответствии с п. 8.6.3 настоящей Программы.

8.13.2. не превышающий 7 рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Полиса, при отказе в соответствии с п. 8.9.2 настоящей Программы.

8.14. При отказе Страхователя от Полиса после истечения, установленного в п. 8.9.1 настоящей Программы срока (Периода охлаждения) уплаченная страховая премия в соответствии со ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации не подлежит возврату, за исключением случаев, предусмотренных п.п 8.6.3 и 8.9 настоящей Программы.

8.15. При отказе Страхователя от Полиса в соответствии с п. 8.14 настоящей Программы, Полис прекращает свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Полиса.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страховщик обязан:

9.1.1. - организовать и оплатить оказанные Застрахованным лицам медицинские и(или) иные услуги, предусмотренные Программой;

9.1.2. - контролировать объем, сроки и качество организованной им медицинской помощи.

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

9.3. Страхователь имеет право:

9.3.1. - требовать от Страховщика организации оказания медицинских услуг и (или) их оплаты в соответствии с условиями Договора;

9.3.2. - отказаться от Договора в любое время, письменно уведомив об этом Страховщика.

9.4. Страхователь обязан:

9.4.1. - предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию, касающуюся Застрахованного лица;

9.4.2. - оплатить страховую премию в порядке и размере, предусмотренном Договором;

9.5. Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) обязано:

9.5.1. - соблюдать порядок оказания медицинских и(или) иных услуг, предусмотренных Программой;

9.5.2. - своевременно и в полном объеме исполнить обязательство по возмещению Страховщику той части оплаты медицинских услуг, которая соответствует размеру Безусловной франшизы по Договору;

9.5.3. - не передавать Договор другим лицам с целью получения ими медицинских услуг, предусмотренных Договором.

9.6. В период действия Договора Застрахованное лицо вправе обратиться к Страховщику за информацией, необходимой для реализации своих прав по Договору.

10. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

10.1. Споры, возникающие по Договору, разрешаются в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

10.2. В случае если спор относится к категории споров, для которой законодательством Российской Федерации предусмотрено обязательное досудебное урегулирование уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг (финансовым уполномоченным), то он разрешается в порядке и в сроки, установленные законодательством Российской Федерации о финансовом уполномоченном.

Приложение № 2 к Договору страхования (Полису) «СПУТНИК ЗДОРОВЬЯ СТАНДАРТ»
ПАМЯТКА ПОЛУЧАТЕЛЮ СТРАХОВЫХ УСЛУГ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ (ПОЛИСУ) «СПУТНИК ЗДОРОВЬЯ СТАНДАРТ»

1. Способ и порядок подачи заявления о заключении Договора	1.1. Договор страхования заключается путем акцепта Страхователем Договора страхования (Полиса), подписанного Страховщиком. Акцептом Договора в соответствии со ст. 438 Гражданского кодекса Российской Федерации является уплата Страхователем страховой премии в размере и в срок, установленные Договором.
2. Документы, с которыми необходимо ознакомиться при заключении Договора	2.1. Договор страхования (Полис) «СПУТНИК ЗДОРОВЬЯ СТАНДАРТ» (далее – Договор). 2.2. Программа добровольного медицинского страхования «СПУТНИК ЗДОРОВЬЯ СТАНДАРТ» в редакции от 30.08.2024 г. (далее – Программа). 2.3. Настоящая памятка. 2.4. Правила добровольного медицинского страхования граждан АО «СОГАЗ» в редакции от 31.01.2023 г., размещенные на сайте АО «СОГАЗ» по адресу: https://www.sogaz.ru/upload/iblock/61f/gfzzmt3213aoon60h7fkwar3j48hzpfi/003_Pravila-dobrovolnogo-meditsinskogo-strakhovaniya-grazhdan-ot-31.01.2023.PDF 2.5. Ключевой информационный документ
3. Условия, на которых заключается Договор. Порядок определения Страховой суммы	3.1. Объект страхования: имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с оплатой организации и оказания ему медицинских и иных услуг при наступлении страхового случая вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованных лиц, 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, в порядке и на условиях, указанных в Договоре и в Программе. 3.2. Страховой случай: 3.2.1. Обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования по Договору в медицинскую организацию из числа согласованных Страховщиком для организации и оказания Застрахованному лицу телемедицинских онлайн-консультаций, предусмотренных п. 2.1 Программы, по поводу расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих их оказания. 3.2.2. Обращение Застрахованного лица в течение действия страхования по Договору в медицинскую организацию из числа указанных в Списке медицинских организаций в Личном кабинете Застрахованного лица, согласованных Страховщиком для организации и оказания Застрахованному лицу медицинских услуг, предусмотренных п. 2.2 Программы, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих их оказания, а также для проведения профилактических мероприятий, предусмотренных п. 2.2 Программы, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и(или) устраняющих их. 3.2.3. Возникновение в течение срока действия страхования по Договору необходимости организации и оказания иных услуг, предусмотренных п. 2.3 Программы, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих их оказания. 3.3. Порядок определения Страховой суммы: 3.3.1. Страховая сумма является единой (общей) страховой суммой по совокупности всех рисков, указанных в п. 4 Договора, указывается в п. 5 Договора «Страховая сумма».
4. Порядок определения размера страховой премии. Размер страховой премии, порядок ее уплаты, последствия неуплаты или уплаты страховой премии не в полном размере	4.1. Размер страховой указывается в п. 6 Договора «Страховая премия». 4.2. Обстоятельства, влияющие на размер страховой премии: страховая сумма, франшиза. 4.3. Страховая премия уплачивается единовременно не позднее даты выдачи Договора безналичным перечислением или наличными денежными средствами. 4.4. В случае неуплаты страховой премии или уплаты страховой премии не в полном объеме, Договор считается не заключенным и не вступившим в силу.
5. Франшиза, исключения из страхования, отказ в страховой выплате	5.1. Временная франшиза - период времени равный 30 календарным дням с даты уплаты страховой премии в течение которого обращение Застрахованного лица в медицинскую или иную организацию для получения медицинских и иных услуг, не является страховым случаем. 5.2. Безусловная франшиза: невозмещаемая Страховщиком часть стоимости медицинских услуг, указанных в п. 2.2 Программы, в размере 50% от стоимости оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг. Страховщик оплачивает медицинские услуги согласно счетам медицинской организации, в полном объеме с последующим возмещением Застрахованным лицом (законным представителем Застрахованного лица) Страховщику той части оплаты медицинских услуг, которая соответствует размеру безусловной франшизы по Договору, путем безакцептного списания средств со счета банковской карты Застрахованного лица (законного представителя Застрахованного лица), зарегистрированной в Личном кабинете Застрахованного лица в мобильном приложении или на сайте АО «СОГАЗ», доступ к которому осуществляется по ссылке https://lk.sogaz.ru . 5.3. Порядок предоставления согласия на исполнение обязательств в рамках Программы по возмещению Страховщику части стоимости медицинских услуг в размере безусловной франшизы отражен в разделе 9 Договора. 5.4. Порядок исполнения обязательств Сторон в части, касающейся безусловной франшизы, отражен в разделе 6 Программы. 5.5. Случаи, не являющиеся страховыми, случаи освобождения Страховщика от страховой выплаты определены в разделе 3 Программы.
6. Дополнительные условия для заключения Договора	6.1. Медицинское анкетирование при заключении Договора не проводится. 6.2. Документы, необходимые для заключения Договора: документ, удостоверяющий личность Страхователя. 6.3. Застрахованное лицо должно соответствовать требованиям, указанным в п. 1.4 Программы.
7. Порядок возврата страховой премии в случае отказа от Договора	7.1. Порядок возврата страховой премии в случае отказа от Договора в течение 30 календарных дней с даты заключения Договора (Периода охлаждения) и при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, указан в п. 8.9 – 8.13 Программы. 7.2. При отказе Страхователя от Договора в соответствии с п. 8.14 Программы, по истечении Периода охлаждения, кроме случаев, предусмотренных п.п. 8.6.3 и 8.9.2 Программы страховая, премия в соответствии со ст. 958 ГК РФ, возврату не подлежит. 7.3. При отказе Страхователя от страхования в случае непредоставления, предоставления неполной или недостоверной информации о Договоре и при отсутствии в течение срока действия страхования событий, имеющих признаки страхового случая, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, в порядке, указанном в п.п. 8.9 - 8.13 Программы. 7.4. Отказ Страхователя от Договора оформляется в письменном виде.
8. Порядок предоставления медицинских и иных услуг	8.1. Порядок и условия предоставления услуг по Программе представлены в разделах 4 и 5 Программы. 8.2. Страховщик не производит возмещение фактических расходов Застрахованного лица на самостоятельную оплату им услуг, предусмотренных Программой.
9. Налогообложение страховой выплаты или возврата страховой премии	В соответствии со ст. 213 главы 23 Налогового Кодекса Российской Федерации.

при досрочном прекращении договора страхования	
10. 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.
11. Куда обращаться при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая	11.1. По всем вопросам, связанным с организацией и предоставлением медицинских и(или) иных услуг, Застрахованное лицо обращается в круглосуточный федеральный медицинский контактный центр АО «СОГАЗ» по телефону 8 800 250 29 06. 11.2. Для получения телемедицинских онлайн-консультаций Застрахованному лицу необходимо осуществить действия, предусмотренные разделом 5 Программы. При отсутствии подключения к сети Интернет консультация с врачом по телефону возможна по предварительной заявке через круглосуточный федеральный медицинский контактный центр АО «СОГАЗ» по телефону 8 800 250 29 06.

Договор страхования (Полис) «Спутник здоровья»

подготовлен в соответствии с «Правилами добровольного медицинского страхования граждан АО «СОГАЗ» в редакции от 31.01.2023 (далее – Правила) размещены:

https://www.sogaz.ru/upload/iblock/61f/gfzzmt3213a0on60h7fkwar3j48hzpfj/003_Pravila-dobrovolnogo-meditsinskogo-strakhovaniya-grazhdan-ot-31.01.2023.PDF



Страховщик: Акционерное общество «Страховое общество газовой промышленности (АО «СОГАЗ»), адрес: 107078, г. Москва, проспект Академика Сахарова, д.10; или для обращений в филиалы: <https://www.sogaz.ru/sogaz/about/filials/>

РАЗДЕЛ I. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?

1. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинскую или иную организацию из числа согласованных Страховщиком и(или) указанных в Списке медицинских организаций в Личном кабинете Застрахованного лица, для организации и оказания ему медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС и указанных в настоящем Разделе:

- 1.1. телемедицинскими услугами (срочными, плановыми);
- 1.2. амбулаторно-поликлиническими услугами: консультациями и профессиональными услугами врачей-специалистов; лабораторными и инструментальными исследованиями; физиотерапевтическим и восстановительным лечением; лечебными и диагностическими манипуляциями; оформлением медицинской документации; иммунопрофилактикой: сезонной вакцинацией против гриппа в условиях поликлиники, атирабической и противостолбнячной вакцинацией при травме, вакцинацией в соответствии с национальным календарем прививок, проведением туберкулиновых проб; динамическим наблюдением за развитием Застрахованного лица возрастом до 7-и лет;
- 1.3. иными услугами: по сохранению обращений и письменных рекомендаций врачей-специалистов; содействием в организации приема врача профильной специальности; содействием в организации диагностических обследований и лечения по результатам дистанционной консультации в связи с расстройством здоровья или состоянием Застрахованного лица, требующих их оказания.

РАЗДЕЛ II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

1. Обращение по поводу заболеваний/состояний:

- 1.1. ВИЧ – инфекции, СПИДа;
- 1.2. Психических заболеваний и их осложнений, органических психических расстройств (включая симптоматические), алкоголизм, наркомания, токсикомания.
- 1.3. Туберкулеза, муковисцидоза независимо от клинической формы и стадии процесса.
- 1.4. Инфекций, передающиеся преимущественно половым путем.
- 1.5. Острых и хронических вирусных гепатитов, за исключением гепатита А; цирроза печени.
- 1.6. Лучевой болезни.
- 1.7. Особо опасных инфекционных болезней: натуральной оспы (B03), полиомиелита (A80), тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС) (U04).
- 1.8. Заболеваний, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих.
- 1.9. Иммунодефицитных состояний.
- 1.10. Злокачественных новообразований.
- 1.11. Новообразований головного мозга, мозговых оболочек и ганглиев.
- 1.12. Демиелинизирующих и дегенеративных заболеваний нервной системы, миастении.
- 1.13. Наследственных заболеваний: хромосомных, моногенных, митохондриальных (болезней, аномалий, нарушений), наследственных болезней обмена; аномалий развития, врожденных пороков; детского церебрального паралича.
- 1.14. Системных заболеваний соединительной ткани (склеродермии, системной красной волчанки, дерматомиозита, ревматической полимиалгии), ревматоидного артрита, васкулитов.
- 1.15. Заболеваний, послуживших основанием для установления Застрахованному лицу инвалидности 1 или 2 группы – при наличии у Застрахованного лица инвалидности 1 или 2 группы на дату вступления в силу Договора страхования.
- 1.16. Хронической почечной и печеночной недостаточности, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения.
- 1.17. Заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации, аутооттрансплантации, протезирования, за исключением заболеваний, требующих проведения АКШ, катаракты.
- 1.18. Ронхопатии, апноэ во сне.
- 1.19. Ожирения.
- 1.20. Заболевания, послужившие основанием для установления Застрахованному лицу впервые инвалидности 1 или 2 группы в течение срока действия Договора – с даты установления группы инвалидности

2. Обращение в медицинскую организацию с целью:

- 2.1. получения любых медицинских услуг, не указанных в Разделе I настоящего документа и Программе ДМС, не назначенных врачом;
- 2.2. получения медицинских и иных услуг, произошедшее вне срока страхования, в течение Временной франшизы – 30 календарных дней с даты уплаты страховой премии;
- 2.3. получения любых стоматологических медицинских услуг;

- 2.4. получения любых стационарных медицинских услуг и лечения, а также услуг, проводимых в стационарных условиях, включая стационар одного дня и применение стационарзамещающих технологий;
 - 2.5. получения приемов, консультаций и манипуляций врачей-специалистов и среднего медицинского персонала по специальностям: гериатрия, диабетология, диетология, косметология, пластическая хирургия, профпатология, психиатрия-наркология, психотерапия, сексология, сурдология-оториноларингология и иным, связанных с применением методов нетрадиционной медицины, а также связанных с направлением или проведением медико-социальной экспертизы;
 - 2.6. получения консультаций и занятий у логопеда, психолога;
 - 2.7. проведения генетических лабораторных исследований;
 - 2.8. получения медицинских услуг, связанные с диагностикой и лечением иммунодефицитных состояний; иммунопрофилактика, кроме случаев, указанных в п. 1.2 Раздела I настоящего документа
 - 2.9. проведения оздоровительных мероприятий; диспансерного наблюдения за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями из числа указанных в настоящем Разделе, и функциональными расстройствами;
 - 2.10. диагностики и лечения мужского и женского бесплодия, импотенции; вопросов планирования семьи (включая вопросы контрацепции), введения и удаления (без медицинских показаний) ВМС;
 - 2.11. получения медицинских услуг, связанных с беременностью, за исключением оказания экстренной помощи при угрожающих жизни состояниях;
 - 2.12. проведения: пластических операций, диагностики или лечения с эстетической или косметической целью, или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного лица, включая лечение заболеваний волос, удаление невусов; склеротерапии вен нижних конечностей;
 - 2.13. удаления: кондилом, мозолей, бородавок, папиллом, контагиозных моллюсков;
 - 2.14. коррекции веса;
 - 2.15. диагностических и лечебных мероприятий, связанных с лазерной коррекцией зрения, аппаратными методами лечения в офтальмологии, периферической лазерокоагуляции сетчатки (за исключением случаев, когда диагностирован разрыв сетчатки, отслоение сетчатки);
 - 2.16. проведения любых трансплантаций тканей;
 - 2.17. проведения догоспитальной подготовки и последующего наблюдения по поводу заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации, ауто трансплантации, протезирования;
 - 2.18. установки или коррекции протезов, эндопротезов, имплантов;
 - 2.19. установки металлоконструкций, наборов для остеосинтеза и фиксации, стабилизирующих систем;
 - 2.20. проведения лечебных манипуляций и иных оперативных вмешательств с установкой кардиостимуляторов, стентов, баллонов, проводников и пр. для проведения ангиопластики и стентирования;
 - 2.21. проведения экстракорпоральных методов лечения за исключением случаев, когда они проводятся по жизненным показаниям;
 - 2.22. получения физиотерапевтического лечения: термотерапии, криотерапии, криосауны, надсосудистого и внутрисосудистого лазерного облучения крови (НЛОК и ВЛОК), вибро- и вибровакuum-терапии, лимфодренажа- и прессо-терапии, кавитации, аэроионотерапии, аромафитотерапии, галоаэрозольной терапии, спелеотерапии, нормобарической гипокситерапии, гипербарической и гипобарической баротерапии, бальнеотерапии, гидротерапии (души, ванны, сауна, гидроклоноотерапия), грязелечения, капсулы «Санспектра», озонотерапии, ксенонотерапии, ингаляции гелия, плазмотерапии, фотодинамической терапии (кроме лечения псориаза), тракционных и акватракционных систем;
 - 2.23. проведения традиционной диагностики и терапии, в т.ч. диагностики по методу Фоля, волновой диагностики, спектральной коррекции, гомеопатии, иридодиагностики, аурикулотерапии, электропунктурной диагностики и терапии энергоинформатикой, биорезонансной, частотно-резонансной и спектрально-динамической технологий, программно-аппаратными комплексами диагностики и реабилитации типа «Senso», гирудотерапии, апитерапии, фитотерапии; традиционных систем оздоровления;
 - 2.24. получения лечения, являющегося по характеру экспериментальным или исследовательским; проведения видеокапсульной эндоскопии; получения восстановительного аппаратного лечения нарушений двигательной функции костно-мышечной системы аппаратами типа Lokomat, Biodex, Con-Trex, TERGUMED Artromot, Theravital, OPMED и т.п.;
 - 2.25. оформления медицинской документации: послыльных листов на МСЭ; заключений предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования); справок на профессиональную пригодность (форма 086/у); санаторно-курортных карт (форма 072/у8 / 076/у); справок в бассейн, фитнес-центр, спортивные секции; справок в ГИБДД (форма 083/у)8; справок для выезжающих за границу (форма 082/у); справок для получения путевки (форма 070/у); справок на госслужбу по форме 001-ГС/у8; справок на оружие (форма 046-1);
 - 2.26. выдачи оригиналов и копий амбулаторных карт за исключением случаев, предусмотренных законодательством;
 - 2.27. расходов Застрахованного лица (представителя Застрахованного лица) на приобретение, в том числе по рецепту лечащего врача, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, ВМС, медицинского оборудования, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, медицинских изделий, предназначенных для ухода за больными и т.п., корригирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений (корсетов, костылей, стелек и др.), а также расходов на их подгонку и коррекцию;
 - 2.28. обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения необходимыми для курсового и/или инъекционного лечения в амбулаторно-поликлинических условиях и условиях дневного стационара;
 - 2.29. услуг, предусмотренных Разделом I, оказанных Застрахованному лицу после окончания срока действия страхования;
 - 2.30. услуг, предусмотренных Разделом I, в случае обращения Застрахованных лиц, находящихся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
 - 2.31. получения медицинских и(или) иных услуг, если обращение наступило вследствие: терроризма, диверсии, саботажа; применения химического или биологического оружия массового поражения; воздействие снарядов, мин, торпед, бомб и иных орудий войны, в том числе брошенных (бесхозных); вторжений / нападений, военных учений, революций, контртеррористических операций, военных операций любого рода, вне зависимости от того, объявлены ли такие события официально или нет, а также объявления военного положения и(или) мобилизации; массовых беспорядков: восстаний, бунтов, мятежей, локаутов, беспорядков
- 3. Обращение за услугами, указанными в п. 1.2 предусмотренных Раздела I:**
- 3.1. до истечения 24 часов с момента регистрации в Личном кабинете Застрахованного лица банковской карты.
 - 3.2. при наличии задолженности по возмещению Страховщику Безусловной франшизы (в размере 50% от стоимости оказанных медицинских услуг).
 - 3.3. Страховщик освобождается от обязанности произвести оплату медицинских и иных услуг, если обращение за предоставлением этих услуг наступило вследствие: воздействия ядерного взрыва, радиации, радиоактивного заражения; военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий; гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

РАЗДЕЛ III. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

Территория страхования определяется территорией предоставления медицинских и иных услуг медицинской и иной организацией, находящейся на территории Российской Федерации. Медицинскую организацию определяет Страховщик, руководствуясь характером клинической проблемы, возможностями медицинской организации, наличием мест, временными факторами, возможностью Страховщика организовать и оплатить оказание медицинских услуг в конкретной медицинской организации и прочими обстоятельствами.

Услуги, указанные в п. 1.1 Раздела I, предоставляются Застрахованному лицу, находящемуся на территории Российской Федерации и/или за рубежом. Услуги, указанные в п.п. 1.2 – 1.3 Раздела I, предоставляются Застрахованному лицу, находящемуся на территории Российской Федерации, с учетом возможности Страховщика организовать и оплатить оказание медицинских услуг в конкретной медицинской организации и прочими обстоятельствами.

РАЗДЕЛ IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

1. Страховая выплата осуществляется в форме организации и оплаты Страховщиком медицинских и иных услуг, предусмотренных Разделом I настоящего документа и Программой ДМС, с их оплатой в медицинскую и иную организацию в сроки и по расценкам, предусмотренным договором, заключенным между Страховщиком и медицинской или иной организацией.

2. Для организации медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1 Раздела I, Застрахованное лицо регистрируется в Личном кабинете на сайте Страховщика по адресу <https://lk.sogaz.ru> или в мобильном приложении

Организация медицинских услуг, предусмотренных п. 1.2 Раздела I, осуществляется не ранее чем через 24 часа с момента регистрации банковской карты в Личном кабинете и при отсутствии задолженности Застрахованного лица по оплате Безусловной франшизы в отношении услуг, указанных в п. 1.2 Раздела I. Для организации медицинских услуг Застрахованное лицо может обратиться к Страховщику федеральный круглосуточный медицинский контакт-центр АО «СОГАЗ» по телефону 8-800-250-29-06 или самостоятельно обратиться в медицинскую организацию из числа указанных в Личном кабинете по указанному телефону, или произвести запись через Личный кабинет. При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо предъявляет Полис и документ, удостоверяющий личность. Для получения услуг, предусмотренных п. 1.3 Раздела I, Застрахованное лицо оставляет заявку в Личном кабинете.

РАЗДЕЛ V. КАК ВЕРНУТЬ СТРАХОВУЮ ПРЕМИЮ?

Основания для возврата страховой премии	Сумма возврата страховой премии
1. Отказ от договора добровольного страхования в течение 30 календарных дней со дня его заключения в соответствии с Указанием Банка России от 20 ноября 2015 года N 3854-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования» при отсутствии в указанном периоде событий, имеющих признаки страхового случая	100% страховой премии
2. Отказ от договора добровольного страхования в случае непредоставления, предоставления неполной или недостоверной информации о договоре добровольного страхования при отсутствии в течение срока действия страхования событий, имеющих признаки страхового случая	100% страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование
3. Прекращение договора страхования, если после вступления Полиса в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай	

В иных случаях страховая премия возврату не подлежит.

Возврат страховой премии по п.п. 1, 3 раздела V в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования, и для случая, предусмотренного п. 3 раздела V, также документа, подтверждающего основание для возврата страховой премии;

Возврат страховой премии по п. 2 раздела V осуществляется в течение 7 (семи) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от страхования.

РАЗДЕЛ VI. КАК УРЕГУЛИРОВАТЬ СПОР ДО СУДА?

1. Направить страховщику заявление (претензию) в письменной форме.
2. Если страховщик не удовлетворил заявление (претензию), при этом размер требований не превышает 500 000 рублей, до обращения в суд необходимо обратиться к уполномоченному по правам потребителей финансовых услуг:

сайт: www.finombudsman.ru;

адрес: 119017, г. Москва, Старомонетный пер., дом 3.

Рассмотрение уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг обращения потребителя финансовых услуг осуществляется бесплатно.