

Ключевой информационный документ об условиях договора добровольного страхования

Договор страхования (Полис) «Онкопомощь»

подготовлен на основании «Правил добровольного медицинского страхования граждан» АО «СОГАЗ» в редакции от 31.01.2023 г. (далее – Правила ДМС) размещены: https://www.sogaz.ru/upload/iblock/61f/gfzmt3213a0on60h7fkwar3j48hzpfj/003_Pravila-dobrovolnogo-meditsinskogo-strakhovaniya-grazhdan-ot-31.01.2023.PDF

и «Правил страхования от несчастных случаев и заболеваний» в редакции от 17.03.2023 г. (далее – Правила НСиЗ) размещены: https://www.sogaz.ru/upload/iblock/4af/pyq04h8ep04nj7enp211hzqhenptxqpt/177_Pravila-strakhovaniya-ot-neschastnykh-sluchaev-i-zabolevaniy-ot-17.03.2023.pdf



Страховщик: Акционерное общество «Страховое общество газовой промышленности (АО «СОГАЗ»)), адрес: 107078, г. Москва, проспект Академика Сахарова, д. 10.;

РАЗДЕЛ I. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?

1. Страхование ДМС: Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования по Полису в медицинскую организацию из числа согласованных Страховщиком для организации и оказания ему медицинских (медицинской и/или лекарственной помощи) и иных услуг, указанных в п.п. 1.1 – 1.4 настоящего раздела и предусмотренных Программой ДМС, в связи с впервые диагностированными в течение срока страхования и после окончания Временной франшизы:

- злокачественными новообразованиями (с кодами C00-C97 по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем в десятом пересмотре (далее – МКБ-10) (за исключением C43 – меланомы (кроме меланомы с инвазией в нормальную ткань), C44 – эпителиальных опухолей кожи (базалиома, плоскоклеточный рак), C91.1 – хронического лимфоцитарного лейкоза и любых новообразований на фоне заболевания ВИЧ (любой стадии));
- новообразованиям головного мозга (с кодами D32, D33.0 – D33.3, D42, D43.0-D43.3 по МКБ-10 (за исключением любых новообразований на фоне заболевания ВИЧ (любой стадии)).
- 1.1. амбулаторно-поликлиническим обслуживанием (консультациями, манипуляциями врачей-специалистов, лабораторными и инструментальными исследованиями, лечебными, диагностическими манипуляциями, догоспитальной подготовкой);
- 1.2. стационарным обслуживанием (в т.ч. консультациями, манипуляциями врачей-специалистов, лабораторными и инструментальными исследованиями, лечебными, диагностическими манипуляциями, консервативным, оперативным лечением, реконструктивно-пластическими операциями, трансплантацией костного мозга (при лечении лимфомы, лейкоза), химиотерапией, лучевой терапией, физиотерапевтическим лечением, паллиативной помощи, реабилитационно-восстановительным лечением)
- 1.3. медицинской эвакуацией наземным транспортом бригадой скорой помощи из одной медицинской организации в другую
- 1.4. обеспечением лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения при амбулаторно-поликлиническом и стационарном обслуживании
- 1.5. иными услугами: помощью в организации получения медицинской помощи, по транспортировке Застрахованного лица и одного сопровождающего в медицинскую организацию в связи с заболеванием и обратно, подготовкой медицинской документации для заочной консультации, заочной консультацией.

2. Страхование на случай диагностирования злокачественного новообразования (Страхование ЗНО): Установление Застрахованному лицу впервые, в течение срока страхования по Полису и после окончания периода Временной франшизы диагноза злокачественного новообразования с кодом диагноза C00-C97 по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем в десятом пересмотре (далее – МКБ-10) (за исключением C43 – меланомы (кроме меланомы с инвазией в нормальную ткань), C44 – эпителиальных опухолей кожи (базалиома, плоскоклеточный рак), C91.1 – хронического лимфоцитарного лейкоза и любых новообразований на фоне заболевания ВИЧ (любой стадии))

РАЗДЕЛ II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

1. Страхование ДМС:

- 1.1. Обращения по поводу Заболеваний/состояний:
 - 1.1.1. Указанных в п. 1 Раздела I настоящего документа, выявленных до начала срока страхования и окончания периода Временной франшизы – 120 дней с начала срока страхования.
 - 1.1.2. Не указанных в Разделе I настоящего документа;
 - 1.1.3. Эпителиальных опухолей кожи (базалиома, плоскоклеточный рак) с кодами C44 по МКБ-10;
 - 1.1.4. Любых новообразований на фоне заболевания ВИЧ/СПИД;

2. Страхование ЗНО:

- 2.1.1. Последствия заболеваний, не указанных в п. 2 Раздела I настоящего документа;
- 2.1.2. последствия заболеваний, указанных в п. 2 Раздела I настоящего документа, имевшихся у Застрахованного лица, о которых Страхователь (Застрахованное лицо) знал, но не сообщил Страховщику при заключении Полиса;
- 2.1.3. последствия заболеваний, указанных в п. 2 Раздела I настоящего документа, диагностированных у Застрахованного лица до вступления Полиса в силу и до

1.1.5. Меланомы с кодами С43 по МКБ-10, за исключением меланомы с инвазией в нормальную ткань 1.2. Обращение за: 1.2.1. Медицинскими услугами, не назначенными врачом; 1.2.2. Лечение, являющимся по характеру экспериментальным или исследовательским; 1.2.3. Любыми медицинскими услугами, не предусмотренными Программой ДМС; 1.2.4. Паллиативной помощью в условиях хосписов и помощь за пределами Российской Федерации.	начала срока страхования и окончания периода Временной франшизы.
3. Обращение за медицинскими и иными услугами, указанными в Разделе I настоящего документа, в течение Временной франшизы – 120 дней с даты начала страхования. 4. Диагностирование заболевания, указанного в п. 2 Раздела I, в течение Временной франшизы - 120 дней с даты начала страхования. 5. Обращение за реабилитационно-восстановительным лечение ранее чем до истечение 30 дней с начала срока страхования.	
РАЗДЕЛ III. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ	
Страхование ДМС: 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. Страхование ЗНО: Весь мир	
РАЗДЕЛ IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?	
1. Страхование ДМС: 1.1. Страховая выплата осуществляется в форме организации и оплаты Страховщиком медицинских и иных услуг, предусмотренных п. 1 Раздела 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 организацией. 1.2. Для организации медицинской помощи, предусмотренной п. 1 Раздела I, Застрахованное лицо обращается к Страховщику через федеральный круглосуточный медицинский контакт-центр АО «СОГАЗ» по телефону 8-800-250-29-06 и предоставляет: 1.2.1. Уведомление об установлении предусмотренного п. 1 Раздела I настоящего документа диагноза злокачественного новообразования или новообразования головного мозга (с приложением «Извещения о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» (форма 090/У) или выписка из «Информационно-аналитической системы «Канцер-регистр» или выписка из медицинской документации Застрахованного лица, содержащую, в том числе, информацию о диагнозе заболевания/состояния (по МКБ-10) и дату его установления). 1.2.2. документ, удостоверяющий личность (свидетельство о рождении несовершеннолетнего Застрахованного лица в возрасте до 14 лет); 1.2.3. согласие на обработку персональных данных; 1.2.4. Скан выписки из медицинской документации содержащий: • диагноз заболевания/состояния; • код диагноза по МКБ-10; • анамнез заболевания; • рекомендованный план лечения; • направление на госпитализацию (для организации стационарной помощи); • обоснование необходимости оказания стационарной помощи (для организации стационарной помощи). • результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, включая радиологические (диски/описания), патоморфологические исследования (стекла / блоки). 1.3. Амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь предоставляется в срок от 5 до 30 рабочих дней с даты получения документов, указанных в п. 1.2 настоящего Раздела. 1.4. Организация Реабилитационно-восстановительного лечения осуществляется в течение 20 рабочих дней со дня согласования Страховщиком условий его предоставления. Для организации реабилитационно-восстановительного лечения требуется предоставить Страховщику: 1.4.1. Заявку на санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение; 1.4.2. Медицинскую справку из медицинской организации с рекомендацией реабилитационно-восстановительного лечения Застрахованному лицу; 1.4.3. Полис ОМС; 1.4.4. Документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина РФ, свидетельство о рождении для ребенка). 1.5. Возмещение согласованных со Страховщиком расходов на оплату стоимости медицинских и иных услуг, изданий медицинского назначения, приобретение лекарственных средств, предусмотренных Программой ДМС, осуществляется на основании заявления на страховую выплату, которое подается Страховщику в течение 30 (тридцати) дней со дня получения медицинских и иных услуг. Порядок возмещения указанных расходов определен п.п. 10.3 – 10.5 Правил. 2. Страхование ЗНО: 2.1. Срок уведомления Страховщика о наступлении события, имеющего признаки страхового случая - 30 дней с даты установления диагноза заболевания, указанного в п. 2 Раздела I настоящего документа.	

- 2.2. Заявление об осуществлении страховой выплаты подается без ограничения по времени.
- 2.3. Для получения страховой выплаты требуется предоставить: письменное заявление и документы, подтверждающие факт и причину наступления страхового случая, указанные в п. 10.6 Правил НСиЗ.
- 2.4. Страховая выплата осуществляется в течение 10 рабочих дней с даты получения последнего из указанных и надлежащим образом оформленных документов, указанных в п. 10.6 Правил.

РАЗДЕЛ V. КАК ВЕРНУТЬ СТРАХОВУЮ ПРЕМИЮ?

Основания для возврата страховой премии	Сумма возврата страховой премии
1. Отказ от договора добровольного страхования в течение 14 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 данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.	100% страховой премии (уплаченного страхового взноса – при уплате премии в рассрочку) при отказе от договора добровольного страхования до даты начала действия страхования
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 (уплаченного страхового взноса – при уплате премии в рассрочку) за вычетом части страховой премии (взноса), 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 (уплаченного страхового взноса) 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;

Возврат страховой премии (уплаченного страхового взноса) 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.