



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 31.01.2023г. (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.;

РАЗДЕЛ I. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?

1. 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 – 1.5 настоящего раздела и предусмотренных Программой ДМС, в связи с: впервые диагностированными в течение срока страхования и после окончания предусмотренной Полисом 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)) при условии документального подтверждения установленного диагноза;

- новообразованиях 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)) при условии документального подтверждения установленного диагноза:

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 после мастэктомии, трансплантацией костного мозга (при лечении лимфомы, лейкоза), химиотерапией, лучевой терапией, физиотерапевтическим 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. оформлением медицинской документации, предусмотренной законодательством РФ

РАЗДЕЛ II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

1. Обращения по поводу Заболеваний/состояний:

1.1. Указанных в п. 1 Раздела I настоящего документа, выявленных до начала срока страхования или окончания периода Временной франшизы – 120 дней с начала срока страхования.

1.2. Не указанных в Разделе I настоящего документа;

1.3. Эпителиальных опухолей кожи (базалиома, плоскоклеточный рак) с кодами C44 по МКБ-10;

1.4. Любых новообразований на фоне заболевания ВИЧ/СПИД;

1.5. Меланомы с кодами C43 по МКБ-10, за исключением меланомы с инвазией в нормальную ткань

2. Обращение за:

2.1. Медицинскими услугами, не назначенными врачом;

2.2. Лечением, являющимся по характеру экспериментальным или исследовательским;

2.3. Любыми медицинскими услугами, не предусмотренными п.п. 1.1 -1.5 Раздела I настоящего документа и Программой ДМС;

2.4. Паллиативной помощью в условиях хосписов и помощь за пределами Российской Федерации

3. Обращение за медицинскими и иными услугами, указанными в Разделе I настоящего документа, в течение Временной франшизы – 120 дней с даты начала страхования.

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.

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 организацией.
2. Возмещение согласованных со Страховщиком расходов на оплату стоимости медицинских и иных услуг, изделий медицинского назначения, приобретение лекарственных средств, предусмотренных Программой ДМС, осуществляется на основании заявления на страховую выплату и документов, предусмотренных п. 10.3 Правил, 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.
3. Для организации медицинской помощи, предусмотренной Разделом I, Застрахованное лицо обращается к Страховщику через федеральный круглосуточный медицинский контакт-центр АО «СОГАЗ» по телефону 8-800-250-29-06 и предоставляет:
 - 3.1. Уведомление об установлении предусмотренного Разделом 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 выписку из «Информационно-аналитической системы «Канцер-регистр» или выписку из медицинской документации Застрахованного лица, содержащую, в том числе, информацию о диагнозе заболевания/состояния (по МКБ-10) и дату его установления)
 - 3.2. страховой полис;
 - 3.3. документ, удостоверяющий личность (свидетельство о рождении несовершеннолетнего Застрахованного лица в возрасте до 14 лет);
 - 3.4. согласие на обработку персональных данных
 - 3.5. 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).
4. Амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь предоставляется в срок от 5 до 30 рабочих дней с даты получения документов, указанных в п. 3 настоящего Раздела

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)
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 (уплаченного страхового 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.