



Ключевые информационные документы

об условиях договора добровольного страхования

«ДМС для студентов»

Эконом	2
Оптимум.....	5
Оптимум + справка по форме 086/у	8
Расширенная	11
Расширенная + справка по форме 086/у	14
Расширенная + иммунопрофилактика	17
Расширенная + справка по форме 086/у + иммунопрофилактика	20

Ключевой информационный документ об условиях договора

добровольного страхования

«ДМС для студентов»

Эконом

подготовлен в соответствии с «Правилами добровольного медицинского страхования граждан АО «СОГАЗ» в редакции от 31.01.2023 г. (далее – Правила), размещенных: https://www.sogaz.ru/upload/iblock/61f/gfzzmt3213aon60h7fkwar3j48hzpfj/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; для филиалов – адреса указаны на сайте Страховщика - <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 со Страховщиком, за организацией и оказанием ему медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС и указанных в настоящем Разделе, в связи с острым заболеванием (состоянием), обострением хронического заболевания, травмой (в т.ч. ожогом, обморожением), отравлением:

- 1.1. телемедицинскими услугами (срочными онлайн-консультации дежурного врача);
- 1.2. амбулаторно-поликлиническим обслуживанием в неотложной форме:
 - консультативная помощь (один первичный и повторный прием), в т.ч. по акушерству и гинекологии, анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, кардиологии, колопроктологии, инфекционным болезням, нефрологии, неврологии, семейной медицине, офтальмологии, терапии, травматологии и ортопедии, урологии, функциональной диагностике, хирургии, оториноларингологии;
- 1.3. содействием по сохранению истории обращений в медицинское учреждение, письменных рекомендаций врачей; оформлением медицинской документации;
- 1.4. репатриацией останков (в случае смерти Застрахованного лица).

РАЗДЕЛ II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

1. Обращение по поводу:

- 1.1. ВИЧ – инфекции, СПИДа, и их осложнений.
- 1.2. Психических заболеваний и их осложнений, органических психических расстройств (включая симптоматические), алкоголизма, наркомании, токсикомании.
- 1.3. Туберкулеза, муковисцидоза независимо от клинической формы и стадии процесса.
- 1.4. Инфекций, передающихся преимущественно половым путем.
- 1.5. Острых и хронических вирусных гепатитов, за исключением гепатита А; цирроза печени.
- 1.6. Личевой болезни.
- 1.7. Особо опасных инфекционных болезней: натуральной оспы (В03), полиомиелита (А80), 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. Онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, образований головного мозга, мозговых оболочек и ганглиев).
- 1.11. Демиелинизирующих и дегенеративных заболеваний нервной системы, миастении.
- 1.12. Наследственных заболеваний: хромосомных, моногенных, митохондриальных (болезней, аномалий, нарушений), наследственных болезней обмена; аномалий развития, врожденных пороков; детского церебрального паралича.
- 1.13. Системных заболеваний соединительной ткани (склеродермии, системной красной волчанки, дерматомиозита, ревматической полимиалгии), ревматоидного артрита, васкулитов.
- 1.14. Сахарного диабета I и II типа.
- 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 (Полиса).

- 1.16. Заболеваний, послуживших основанием для установления Застрахованному лицу впервые инвалидности 1 или 2 группы в течение срока действия Договора (Полиса) – с даты установления группы инвалидности.
- 1.17. Хронической почечной и печеночной недостаточности, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения.
- 1.18. Заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации, ауто трансплантации, протезирования, за исключением заболеваний, требующих проведения АКШ, катаракты, а также с учетом п. 2.7 настоящего Раздела.
- 1.19. Ронхопатии, апноэ во сне.
- 1.20. Ожирения
- 1.21. Заболевания/состояния вне стадии обострения и не имеющие острой симптоматики.
- 2. Обращение в медицинскую организацию с целью:**
- 2.1. Получения услуг, указанных в Разделе I, не назначенных врачом, услуг, не указанных в Разделе I; получения плановых услуг;
- 2.2. Получения профилактических и оздоровительных мероприятий; диспансерных наблюдений (динамических наблюдений, в том числе необходимых обследований) за состоянием здоровья лиц, страдающие хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами; динамических наблюдений за состоянием здоровья после перенесенного острого заболевания; иммунопрофилактики, кроме случаев, предусмотренных Программой.
- 2.3. Получения услуг, связанных с беременностью, за исключением оказания экстренной помощи при угрожающих жизни состояниях до установления диагноза развивающейся беременности, прерывание беременности без медицинских показаний, родовспоможение.
- 2.4. Удаления кондилом, мозолей, бородавок, папиллом, контактиозных моллюсков.
- 2.5. Трансплантации органов.
- 2.6. Трансплантации тканей, кроме переливания крови и её компонентов, а также случаев, когда необходимость в трансплантации тканей возникла в результате травмы (в т.ч. ожога), произошедшей в период действия Договора (Полиса).
- 2.7. Догоспитальной подготовки.
- 2.8. Установления протезов, эндопротезов, имплантов, включая искусственные хрусталики, кроме сеток, петель, мочеточниковых, билиарных и пищеводных стентов.
- 2.9. Установления металлоконструкции, наборы для остеосинтеза и фиксации, стабилизирующие системы, кроме случаев, когда необходимость их использования возникла при экстренной госпитализации непосредственно после травмы.
- 2.10. Экстракорпоральных методов лечения за исключением случаев, когда они проводятся в экстренных случаях по жизненным показаниям.
- 2.11. Получения робот-ассистированных операций.
- 2.12. Получения индивидуального медицинского поста.
- 2.13. Физиотерапевтического и восстановительного лечения.
- 2.14. Получения услуг, связанных с методами традиционной диагностики и терапии, в т.ч. диагностикой по методу Фоля, волновой диагностики, спектральной коррекцией, гомеопатией, иридодиагностикой, аурикулотерапией, электропунктурной диагностикой и терапией энергоинформатики, биорезонансной, частотно-резонансной и спектрально-динамической технологией, программно-аппаратными комплексами диагностики и реабилитацией типа «Senso», гирудотерапией, апитерапией, фитотерапией; традиционными системами оздоровления.
- 2.15. Получения лечения, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским.
- 2.16. Проведения видеокапсульной эндоскопии.
- 2.17. Получения стоматологических услуг сверх объема, предусмотренного Программой ДМС.
- 2.18. Получения услуг, связанных с удалением ретинированных и дистопированных зубов.
- 2.19. Оформления медицинской документации, не предусмотренной Программой ДМС.
- 2.20. Получения оригиналов и копий амбулаторных карт, оформление выписок из них за исключением случаев, предусмотренных законодательством.
- 2.21. Компенсацией расходов Застрахованного на приобретение, в том числе по рецепту лечащего врача, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, 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 расходы на их подгонку.
- 2.22. Получения услуг по сопровождению гроба с телом (урны с прахом) во время перевозки; организации похорон, траурной церемонии, погребении, поминальной трапезы, установке надгробных сооружений, услуг на подготовку тела в соответствии с религиозными обычаями.
- 2.23. Получения медицинских услуг, указанных в Разделе I настоящего документа и Программе ДМС, в течение Временной франшизы – 14 дней с начала срока 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.

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 – 1.7 Раздела I, предоставляются Застрахованному лицу, находящемуся на территории Российской Федерации.

РАЗДЕЛ IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

Страховая выплата осуществляется в форме организации и оплаты Страховщиком медицинских и иных услуг, предусмотренных Разделом I и Программой ДМС, с их оплатой в медицинскую и иную организацию в сроки и по расценкам, предусмотренным договором, заключенным между Страховщиком и медицинской организацией. Для организации предоставления услуг, предусмотренных в Разделе I, необходимо обратиться к Страховщику через круглосуточный федеральный медицинский контактный центр по телефону 8-800-250-29-06 и сообщить ФИО и номер договора страхования. При обращении в медицинскую организацию необходимо предъявить договор страхования и документ, удостоверяющий личность. Для получения услуг, предусмотренных п. 1.1 Раздела I, необходимо зарегистрироваться в Личном кабинете в мобильном приложении АО «СОГАЗ».

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»	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 периода 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;
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.



Ключевой информационный документ об условиях договора

добровольного страхования

«ДМС для студентов»

Оптимум

подготовлен в соответствии с «Правилами добровольного медицинского страхования граждан АО «СОГАЗ» в редакции от 31.01.2023 г. (далее – Правила), размещенных: https://www.sogaz.ru/upload/iblock/61f/gfzzmt3213a0on60h7fkwar3j48hzipfj/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; для филиалов – адреса указаны на сайте Страховщика - <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 со Страховщиком, за организацией и оказанием ему медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС и указанных в настоящем Разделе, в связи с острым заболеванием (состоянием), обострением хронического заболевания, травмой (в т.ч. ожогом, обморожением), отравлением:

1.1. телемедицинскими услугами (срочными онлайн-консультации дежурного врача);

1.2. амбулаторно-поликлиническим обслуживанием в неотложной форме:

- консультативная помощь, в т.ч. по акушерству и гинекологии, анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, кардиологии, колопроктологии, инфекционным болезням, нефрологии, неврологии, семейной медицине, офтальмологии, терапии, травматологии и ортопедии, урологии, функциональной диагностике, хирургии, оториноларингологии; лабораторные и инструментальные исследования, лечебные манипуляции

1.3. содействием по сохранению истории обращений в медицинское учреждение, письменных рекомендаций врачей; оформлением медицинской документации;

1.4. скорой медицинской помощью в неотложной форме – осмотр, экспресс-диагностика, медицинская эвакуация в медицинскую организацию;

1.5. стационарным обслуживанием (экстренная госпитализация) – консультации врачей-специалистов, пребывание в стационаре; лечебные манипуляции; лабораторные и инструментальные исследования; консервативное и хирургическое лечение; обеспечение лекарственными средствами и медицинскими изделиями;

1.6. репатриацией останков (в случае смерти Застрахованного лица).

РАЗДЕЛ II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

2. Обращение по поводу:

2.1. ВИЧ – инфекции, СПИДа, и их осложнений.

2.2. Психических заболеваний и их осложнений, органических психических расстройств (включая симптоматические), алкоголизма, наркомании, токсикомании.

2.3. Туберкулеза, муковисцидоза независимо от клинической формы и стадии процесса.

2.4. Инфекций, передающихся преимущественно половым путем.

2.5. Острых и хронических вирусных гепатитов, за исключением гепатита А; цирроза печени.

2.6. Лучевой болезни.

2.7. Особо опасных инфекционных болезней: натуральной оспы (B03), полиомиелита (A80), тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС) (U04).

2.8. Заболеваний, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

2.9. Иммунодефицитных состояний.

2.10. Онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, образований головного мозга, мозговых оболочек и ганглиев).

2.11. Демиелинизирующих и дегенеративных заболеваний нервной системы, миастении.

2.12. Наследственных заболеваний: хромосомных, моногенных, митохондриальных (болезней, аномалий, нарушений), наследственных болезней обмена; аномалий развития, врожденных пороков; детского церебрального паралича.

2.13. Системных заболеваний соединительной ткани (склеродермии, системной красной волчанки, дерматомиозита, ревматической полимиалгии), ревматоидного артрита, васкулитов.

- 2.14. Сахарного диабета I и II типа.
- 2.15. 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 (Полиса).
- 2.16. Заболеваний, послуживших основанием для установления Застрахованному лицу впервые инвалидности 1 или 2 группы в течение срока действия Договора (Полиса) – с даты установления группы инвалидности.
- 2.17. Хронической почечной и печеночной недостаточности, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения.
- 2.18. Заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации, ауто трансплантации, протезирования, за исключением заболеваний, требующих проведения АКШ, катаракты, а также с учетом п. 2.7 настоящего Раздела.
- 2.19. Ронхопатии, апноэ во сне.
- 2.20. Ожирения
- 2.21. Заболевания/состояния вне стадии обострения и не имеющие острой симптоматики.
- 3. Обращение в медицинскую организацию с целью:**
- 3.1. Получения услуг, указанных в Разделе I, не назначенных врачом, услуг, не указанных в Разделе I; получения плановых услуг;
- 3.2. Получения профилактических и оздоровительных мероприятий; диспансерных наблюдений (динамических наблюдений, в том числе необходимых обследований) за состоянием здоровья лиц, страдающие хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами; динамических наблюдений за состоянием здоровья после перенесенного острого заболевания; иммунопрофилактики, кроме случаев, предусмотренных Программой.
- 3.3. Получения услуг, связанных с беременностью, за исключением оказания экстренной помощи при угрожающих жизни состояниях до установления диагноза развивающейся беременности, прерывание беременности без медицинских показаний, родовспоможение.
- 3.4. Удаления кондилом, мозолей, бородавок, папиллом, контактиозных моллюсков.
- 3.5. Трансплантации органов.
- 3.6. Трансплантации тканей, кроме переливания крови и её компонентов, а также случаев, когда необходимость в трансплантации тканей возникла в результате травмы (в т.ч. ожога), произошедшей в период действия Договора (Полиса).
- 3.7. Догоспитальной подготовки.
- 3.8. Установления протезов, эндопротезов, имплантов, включая искусственные хрусталики, кроме сеток, петель, мочеточниковых, билиарных и пищеводных стентов.
- 3.9. Установления металлоконструкции, наборы для остеосинтеза и фиксации, стабилизирующие системы, кроме случаев, когда необходимость их использования возникла при экстренной госпитализации непосредственно после травмы.
- 3.10. Экстракорпоральных методов лечения за исключением случаев, когда они проводятся в экстренных случаях по жизненным показаниям.
- 3.11. Получения робот-ассистированных операций.
- 3.12. Получения индивидуального медицинского поста.
- 3.13. Физиотерапевтического и восстановительного лечения.
- 3.14. Получения услуг, связанных с методами традиционной диагностики и терапии, в т.ч. диагностикой по методу Фоля, волновой диагностики, спектральной коррекцией, гомеопатией, иридодиагностикой, аурикулодиагностикой, электропунктурной диагностикой и терапией энергоинформатики, биорезонанской, частотно-резонансной и спектрально-динамической технологией, программно-аппаратными комплексами диагностики и реабилитацией типа «Senso», гирудотерапией, апитерапией, фитотерапией; традиционными системами оздоровления.
- 3.15. Получения лечения, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским.
- 3.16. Проведения видеокапсульной эндоскопии.
- 3.17. Получения стоматологических услуг сверх объема, предусмотренного Программой ДМС.
- 3.18. Получения услуг, связанных с удалением ретинированных и дистопированных зубов.
- 3.19. Оформления медицинской документации, не предусмотренной Программой ДМС.
- 3.20. Получения оригиналов и копий амбулаторных карт, оформление выписок из них за исключением случаев, предусмотренных законодательством.
- 3.21. Компенсацией расходов Застрахованного на приобретение, в том числе по рецепту лечащего врача, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, 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 расходы на их подгонку.

3.22. Получения услуг по сопровождению гроба с телом (урны с прахом) во время перевозки; организации похорон, траурной церемонии, погребении, поминальной трапезы, установке надгробных сооружений, услуг на подготовку тела в соответствии с религиозными обычаями.

3.23. Получения медицинских услуг, указанных в Разделе I настоящего документа и Программе ДМС, в течение Временной франшизы – 14 дней с начала срока 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.

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 – 1.7 Раздела I, предоставляются Застрахованному лицу, находящемуся на территории Российской Федерации.

РАЗДЕЛ IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

Страховая выплата осуществляется в форме организации и оплаты Страховщиком медицинских и иных услуг, предусмотренных Разделом I и Программой ДМС, с их оплатой в медицинскую и иную организацию в сроки и по расценкам, предусмотренным договором, заключенным между Страховщиком и медицинской организацией. Для организации предоставления услуг, предусмотренных в Разделе I, необходимо обратиться к Страховщику через круглосуточный федеральный медицинский контактный центр по телефону 8-800-250-29-06 и сообщить ФИО и номер договора страхования. При обращении в медицинскую организацию необходимо предъявить договор страхования и документ, удостоверяющий личность. Для получения услуг, предусмотренных п. 1.1 Раздела I, необходимо зарегистрироваться в Личном кабинете в мобильном приложении АО «СОГАЗ».

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»	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 периода 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;
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?

- Направить страховщику заявление (претензию) в письменной форме.
- 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.



Ключевой информационный документ об условиях договора

добровольного страхования

«ДМС для студентов»



Оптимум + справка по форме 086/y

подготовлен в соответствии с «Правилами добровольного медицинского страхования граждан АО «СОГАЗ» в редакции от 31.01.2023 г. (далее – Правила), размещенных: https://www.sogaz.ru/upload/iblock/61f/gfzzmt3213a0on60h7fkwar3j48hzipfj/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; для филиалов – адреса указаны на сайте Страховщика - <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 со Страховщиком, за организацией и оказанием ему медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС и указанных в настоящем Разделе, в связи с острым заболеванием (состоянием), обострением хронического заболевания, травмой (в т.ч. ожогом, обморожением), отравлением:

1.1. телемедицинскими услугами (срочными онлайн-консультации дежурного врача);

1.2. амбулаторно-поликлиническим обслуживанием в неотложной форме:

- консультативная помощь, в т.ч. по акушерству и гинекологии, анестезиологии и реаниматологии, кардиологии, колопроктологии, инфекционным болезням, нефрологии, неврологии, семейной медицине, офтальмологии, терапии, травматологии и ортопедии, урологии, функциональной диагностике, хирургии, оториноларингологии; лабораторные и инструментальные исследования, лечебные манипуляции

1.3. содействием по сохранению истории обращений в медицинское учреждение, письменных рекомендаций врачей; оформлением медицинской документации;

1.4. скорой медицинской помощью в неотложной форме – осмотр, экспресс-диагностика, медицинская эвакуация в медицинскую организацию;

1.5. стационарным обслуживанием (экстренная госпитализация) – консультации врачей-специалистов, пребывание в стационаре; лечебные манипуляции; лабораторные и инструментальные исследования; консервативное и хирургическое лечение; обеспечение лекарственными средствами и медицинскими изделиями;

1.6. репатриацией останков (в случае смерти Застрахованного лица).

РАЗДЕЛ II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

3. Обращение по поводу:

3.1. ВИЧ – инфекции, СПИДа, и их осложнений.

3.2. Психических заболеваний и их осложнений, органических психических расстройств (включая симптоматические), алкоголизма, наркомании, токсикомании.

3.3. Туберкулеза, муковисцидоза независимо от клинической формы и стадии процесса.

3.4. Инфекций, передающихся преимущественно половым путем.

3.5. Острых и хронических вирусных гепатитов, за исключением гепатита А; цирроза печени.

3.6. Лучевой болезни.

3.7. Особо опасных инфекционных болезней: натуральной оспы (B03), полиомиелита (A80), тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС) (U04).

3.8. Заболеваний, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

3.9. Иммунодефицитных состояний.

3.10. Онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, образований головного мозга, мозговых оболочек и ганглиев).

3.11. Демиелинизирующих и дегенеративных заболеваний нервной системы, миастении.

3.12. Наследственных заболеваний: хромосомных, моногенных, митохондриальных (болезней, аномалий, нарушений), наследственных болезней обмена; аномалий развития, врожденных пороков; детского церебрального паралича.

3.13. Системных заболеваний соединительной ткани (склеродермии, системной красной волчанки, дерматомиозита, ревматической полимиалгии), ревматоидного артрита, васкулитов.

- 3.14. Сахарного диабета I и II типа.
- 3.15. 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 (Полиса).
- 3.16. Заболеваний, послуживших основанием для установления Застрахованному лицу впервые инвалидности 1 или 2 группы в течение срока действия Договора (Полиса) – с даты установления группы инвалидности.
- 3.17. Хронической почечной и печеночной недостаточности, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения.
- 3.18. Заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации, ауто трансплантации, протезирования, за исключением заболеваний, требующих проведения АКШ, катаракты, а также с учетом п. 2.7 настоящего Раздела.
- 3.19. Ронхопатии, апноэ во сне.
- 3.20. Ожирения
- 3.21. Заболевания/состояния вне стадии обострения и не имеющие острой симптоматики.
- 4. Обращение в медицинскую организацию с целью:**
- 4.1. Получения услуг, указанных в Разделе I, не назначенных врачом, услуг, не указанных в Разделе I; получения плановых услуг;
- 4.2. Получения профилактических и оздоровительных мероприятий; диспансерных наблюдений (динамических наблюдений, в том числе необходимых обследований) за состоянием здоровья лиц, страдающие хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами; динамических наблюдений за состоянием здоровья после перенесенного острого заболевания; иммунопрофилактики, кроме случаев, предусмотренных Программой.
- 4.3. Получения услуг, связанных с беременностью, за исключением оказания экстренной помощи при угрожающих жизни состояниях до установления диагноза развивающейся беременности, прерывание беременности без медицинских показаний, родовспоможение.
- 4.4. Удаления кондилом, мозолей, бородавок, папиллом, контактиозных моллюсков.
- 4.5. Трансплантации органов.
- 4.6. Трансплантации тканей, кроме переливания крови и её компонентов, а также случаев, когда необходимость в трансплантации тканей возникла в результате травмы (в т.ч. ожога), произошедшей в период действия Договора (Полиса).
- 4.7. Догоспитальной подготовки.
- 4.8. Установления протезов, эндопротезов, имплантов, включая искусственные хрусталики, кроме сеток, петель, мочеточниковых, билиарных и пищеводных стентов.
- 4.9. Установления металлоконструкции, наборы для остеосинтеза и фиксации, стабилизирующие системы, кроме случаев, когда необходимость их использования возникла при экстренной госпитализации непосредственно после травмы.
- 4.10. Экстракорпоральных методов лечения за исключением случаев, когда они проводятся в экстренных случаях по жизненным показаниям.
- 4.11. Получения робот-ассистированных операций.
- 4.12. Получения индивидуального медицинского поста.
- 4.13. Физиотерапевтического и восстановительного лечения.
- 4.14. Получения услуг, связанных с методами традиционной диагностики и терапии, в т.ч. диагностикой по методу Фоля, волновой диагностики, спектральной коррекцией, гомеопатией, иридиодиагностикой, аурикулодиагностикой, электропунктурной диагностикой и терапией энергоинформатики, биорезонанской, частотно-резонансной и спектрально-динамической технологией, программно-аппаратными комплексами диагностики и реабилитацией типа «Senso», гирудотерапией, апитерапией, фитотерапией; традиционными системами оздоровления.
- 4.15. Получения лечения, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским.
- 4.16. Проведения видеокапсульной эндоскопии.
- 4.17. Получения стоматологических услуг сверх объема, предусмотренного Программой ДМС.
- 4.18. Получения услуг, связанных с удалением ретинированных и дистопированных зубов.
- 4.19. Оформления медицинской документации, не предусмотренной Программой ДМС.
- 4.20. Получения оригиналов и копий амбулаторных карт, оформление выписок из них за исключением случаев, предусмотренных законодательством.
- 4.21. Компенсацией расходов Застрахованного на приобретение, в том числе по рецепту лечащего врача, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, 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 расходы на их подгонку.

- 4.22. Получения услуг по сопровождению гроба с телом (урны с прахом) во время перевозки; организации похорон, траурной церемонии, погребении, поминальной трапезы, установке надгробных сооружений, услуг на подготовку тела в соответствии с религиозными обычаями.
- 4.23. Получения медицинских услуг, указанных в Разделе I настоящего документа и Программе ДМС, в течение Временной франшизы – 14 дней с начала срока 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.

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 – 1.7 Раздела I, предоставляются Застрахованному лицу, находящемуся на территории Российской Федерации.

РАЗДЕЛ IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

Страховая выплата осуществляется в форме организации и оплаты Страховщиком медицинских и иных услуг, предусмотренных Разделом I и Программой ДМС, с их оплатой в медицинскую и иную организацию в сроки и по расценкам, предусмотренным договором, заключенным между Страховщиком и медицинской организацией. Для организации предоставления услуг, предусмотренных в Разделе I, необходимо обратиться к Страховщику через круглосуточный федеральный медицинский контактный центр по телефону 8-800-250-29-06 и сообщить ФИО и номер договора страхования. При обращении в медицинскую организацию необходимо предъявить договор страхования и документ, удостоверяющий личность. Для получения услуг, предусмотренных п. 1.1 Раздела I, необходимо зарегистрироваться в Личном кабинете в мобильном приложении АО «СОГАЗ».

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»	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 периода 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;

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?

- Направить страховщику заявление (претензию) в письменной форме.
- 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.



добровольного страхования

«ДМС для студентов»

Расширенная



подготовлен в соответствии с «Правилами добровольного медицинского страхования граждан АО «СОГАЗ» в редакции от 31.01.2023 г. (далее – Правила), размещенных: https://www.sogaz.ru/upload/iblock/61f/gfzzmt3213a0on60h7fkwar3j48hzipfj/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; для филиалов – адреса указаны на сайте Страховщика - <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 со Страховщиком, за организацией и оказанием ему медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС и указанных в настоящем Разделе, в связи с острым заболеванием (состоянием), обострением хронического заболевания, травмой (в т.ч. ожогом, обморожением), отравлением:

1.1. телемедицинскими услугами (срочными онлайн-консультации дежурного врача);

1.2. амбулаторно-поликлиническим обслуживанием в неотложной форме:

- консультативная помощь, в т.ч. по акушерству и гинекологии, анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, кардиологии, колопроктологии, инфекционным болезням, нефрологии, неврологии, семейной медицине, офтальмологии, терапии, травматологии и ортопедии, урологии, функциональной диагностике, хирургии, оториноларингологии; лабораторные и инструментальные исследования, лечебные манипуляции.

1.3. содействием по сохранению истории обращений в медицинское учреждение, письменных рекомендаций врачей; оформлением медицинской документации;

1.4. неотложной и плановой (не более 2 зубов) стоматологической помощью – прием, манипуляции врачей-специалистов, анестезия, терапевтическая и хирургическая стоматология, обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения во время лечения;

1.5. скорой медицинской помощью в неотложной форме – осмотр, экспресс-диагностика, медицинская эвакуация в медицинскую организацию;

1.6. стационарным обслуживанием (экстренная госпитализация) – консультации врачей-специалистов, пребывание в стационаре; лечебные манипуляции; лабораторные и инструментальные исследования; консервативное и хирургическое лечение; обеспечение лекарственными средствами и медицинскими изделиями;

1.7. репатриацией останков (в случае смерти Застрахованного лица).

РАЗДЕЛ II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

4. Обращение по поводу:

4.1. ВИЧ – инфекции, СПИДа, и их осложнений.

4.2. Психических заболеваний и их осложнений, органических психических расстройств (включая симптоматические), алкоголизма, наркомании, токсикомании.

4.3. Туберкулеза, муковисцидоза независимо от клинической формы и стадии процесса.

4.4. Инфекций, передающихся преимущественно половым путем.

4.5. Острых и хронических вирусных гепатитов, за исключением гепатита А; цирроза печени.

4.6. Лучевой болезни.

4.7. Особо опасных инфекционных болезней: натуральной оспы (B03), полиомиелита (A80), тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС) (U04).

4.8. Заболеваний, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

4.9. Иммунодефицитных состояний.

4.10. Онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, образований головного мозга, мозговых оболочек и ганглиев).

4.11. Демиелинизирующих и дегенеративных заболеваний нервной системы, миастении.

- 4.12. Наследственных заболеваний: хромосомных, моногенных, митохондриальных (болезней, аномалий, нарушений), наследственных болезней обмена; аномалий развития, врожденных пороков; детского церебрального паралича.
- 4.13. Системных заболеваний соединительной ткани (склеродермии, системной красной волчанки, дерматомиозита, ревматической полимиалгии), ревматоидного артрита, васкулитов.
- 4.14. Сахарного диабета I и II типа.
- 4.15. 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 (Полиса).
- 4.16. Заболеваний, послуживших основанием для установления Застрахованному лицу впервые инвалидности 1 или 2 группы в течение срока действия Договора (Полиса) – с даты установления группы инвалидности.
- 4.17. Хронической почечной и печеночной недостаточности, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения.
- 4.18. Заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации, ауто трансплантации, протезирования, за исключением заболеваний, требующих проведения АКШ, катаракты, а также с учетом п. 2.7 настоящего Раздела.
- 4.19. Ронхопатии, апноэ во сне.
- 4.20. Ожирения
- 4.21. Заболевания/состояния вне стадии обострения и не имеющие острой симптоматики.
- 5. Обращение в медицинскую организацию с целью:**
- 5.1. Получения услуг, указанных в Разделе I, не назначенных врачом, услуг, не указанных в Разделе I; получения плановых услуг;
- 5.2. Получения профилактических и оздоровительных мероприятий; диспансерных наблюдений (динамических наблюдений, в том числе необходимых обследований) за состоянием здоровья лиц, страдающие хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами; динамических наблюдений за состоянием здоровья после перенесенного острого заболевания; иммунопрофилактики, кроме случаев, предусмотренных Программой.
- 5.3. Получения услуг, связанных с беременностью, за исключением оказания экстренной помощи при угрожающих жизни состояниях до установления диагноза развивающейся беременности, прерывание беременности без медицинских показаний, родовспоможение.
- 5.4. Удаления кондилом, мозолей, бородавок, папиллом, контактиозных моллюсков.
- 5.5. Трансплантации органов.
- 5.6. Трансплантации тканей, кроме переливания крови и её компонентов, а также случаев, когда необходимость в трансплантации тканей возникла в результате травмы (в т.ч. ожога), произошедшей в период действия Договора (Полиса).
- 5.7. Догоспитальной подготовки.
- 5.8. Установления протезов, эндопротезов, имплантов, включая искусственные хрусталики, кроме сеток, петель, мочеточниковых, билиарных и пищеводных стентов.
- 5.9. Установления металлоконструкции, наборы для остеосинтеза и фиксации, стабилизирующие системы, кроме случаев, когда необходимость их использования возникла при экстренной госпитализации непосредственно после травмы.
- 5.10. Экстракорпоральных методов лечения за исключением случаев, когда они проводятся в экстренных случаях по жизненным показаниям.
- 5.11. Получения робот-ассистированных операций.
- 5.12. Получения индивидуального медицинского поста.
- 5.13. Физиотерапевтического и восстановительного лечения.
- 5.14. Получения услуг, связанных с методами традиционной диагностики и терапии, в т.ч. диагностикой по методу Фоля, волновой диагностики, спектральной коррекцией, гомеопатией, иридодиагностикой, аурикулодиагностикой, электропунктурной диагностикой и терапией энергоинформатики, биорезонанской, частотно-резонансной и спектрально-динамической технологией, программно-аппаратными комплексами диагностики и реабилитацией типа «Senso», гирудотерапией, апитерапией, фитотерапией; традиционными системами оздоровления.
- 5.15. Получения лечения, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским.
- 5.16. Проведения видеокапсульной эндоскопии.
- 5.17. Получения стоматологических услуг сверх объема, предусмотренного Программой ДМС.
- 5.18. Получения услуг, связанных с удалением ретинированных и дистопированных зубов.
- 5.19. Оформления медицинской документации, не предусмотренной Программой ДМС.
- 5.20. Получения оригиналов и копий амбулаторных карт, оформление выписок из них за исключением случаев, предусмотренных законодательством.

5.21. Компенсацией расходов Застрахованного на приобретение, в том числе по рецепту лечащего врача, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, 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 расходы на их подгонку.

5.22. Получения услуг по сопровождению гроба с телом (урны с прахом) во время перевозки; организации похорон, траурной церемонии, погребении, поминальной трапезы, установке надгробных сооружений, услуг на подготовку тела в соответствии с религиозными обычаями.

5.23. Получения медицинских услуг, указанных в Разделе I настоящего документа и Программе ДМС, в течение Временной франшизы – 14 дней с начала срока 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.

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 – 1.7 Раздела I, предоставляются Застрахованному лицу, находящемуся на территории Российской Федерации.

РАЗДЕЛ IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

Страховая выплата осуществляется в форме организации и оплаты Страховщиком медицинских и иных услуг, предусмотренных Разделом I и Программой ДМС, с их оплатой в медицинскую и иную организацию в сроки и по расценкам, предусмотренным договором, заключенным между Страховщиком и медицинской организацией. Для организации предоставления услуг, предусмотренных в Разделе I, необходимо обратиться к Страховщику через круглосуточный федеральный медицинский контактный центр по телефону 8-800-250-29-06 и сообщить ФИО и номер договора страхования. При обращении в медицинскую организацию необходимо предъявить договор страхования и документ, удостоверяющий личность. Для получения услуг, предусмотренных п. 1.1 Раздела I, необходимо зарегистрироваться в Личном кабинете в мобильном приложении АО «СОГАЗ».

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»	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 периода действия страхования событий, имеющих признаки страхового случая	
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;
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?

7. Направить страховщику заявление (претензию) в письменной форме.
8. 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.



Расширенная + справка по форме 086/y

подготовлен в соответствии с «Правилами добровольного медицинского страхования граждан АО «СОГАЗ» в редакции от 31.01.2023 г. (далее – Правила), размещенных: https://www.sogaz.ru/upload/iblock/61f/gfzzmt3213a0on60h7fkwar3j48h2pfj/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; для филиалов – адреса указаны на сайте Страховщика - <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 со Страховщиком, за организацией и оказанием ему медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС и указанных в настоящем Разделе, в связи с острым заболеванием (состоянием), обострением хронического заболевания, травмой (в т.ч. ожогом, обморожением), отравлением:

1.1. телемедицинскими услугами (срочными онлайн-консультации дежурного врача);

1.2. амбулаторно-поликлиническим обслуживанием в неотложной форме:

- консультативная помощь, в т.ч. по акушерству и гинекологии, анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, кардиологии, колопроктологии, инфекционным болезням, нефрологии, неврологии, семейной медицине, офтальмологии, терапии, травматологии и ортопедии, урологии, функциональной диагностике, хирургии, оториноларингологии; лабораторные и инструментальные исследования, лечебные манипуляции.

1.3. содействием по сохранению истории обращений в медицинское учреждение, письменных рекомендаций врачей; оформлением медицинской документации;

1.4. неотложной и плановой (не более 2 зубов) стоматологической помощью – прием, манипуляции врачей-специалистов, анестезия, терапевтическая и хирургическая стоматология, обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения во время лечения;

1.5. скорой медицинской помощью в неотложной форме – осмотр, экспресс-диагностика, медицинская эвакуация в медицинскую организацию;

1.6. стационарным обслуживанием (экстренная госпитализация) – консультации врачей-специалистов, пребывание в стационаре; лечебные манипуляции; лабораторные и инструментальные исследования; консервативное и хирургическое лечение; обеспечение лекарственными средствами и медицинскими изделиями;

1.7. репатриацией останков (в случае смерти Застрахованного лица).

РАЗДЕЛ II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

5. Обращение по поводу:

5.1. ВИЧ – инфекции, СПИДа, и их осложнений.

5.2. Психических заболеваний и их осложнений, органических психических расстройств (включая симптоматические), алкоголизма, наркомании, токсикомании.

5.3. Туберкулеза, муковисцидоза независимо от клинической формы и стадии процесса.

5.4. Инфекций, передающихся преимущественно половым путем.

5.5. Острых и хронических вирусных гепатитов, за исключением гепатита А; цирроза печени.

5.6. Лучевой болезни.

5.7. Особо опасных инфекционных болезней: натуральной оспы (B03), полиомиелита (A80), тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС) (U04).

5.8. Заболеваний, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

5.9. Иммунодефицитных состояний.

5.10. Онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, образований головного мозга, мозговых оболочек и ганглиев).

5.11. Демиелинизирующих и дегенеративных заболеваний нервной системы, миастении.

- 5.12. Наследственных заболеваний: хромосомных, моногенных, митохондриальных (болезней, аномалий, нарушений), наследственных болезней обмена; аномалий развития, врожденных пороков; детского церебрального паралича.
- 5.13. Системных заболеваний соединительной ткани (склеродермии, системной красной волчанки, дерматомиозита, ревматической полимиалгии), ревматоидного артрита, васкулитов.
- 5.14. Сахарного диабета I и II типа.
- 5.15. 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 (Полиса).
- 5.16. Заболеваний, послуживших основанием для установления Застрахованному лицу впервые инвалидности 1 или 2 группы в течение срока действия Договора (Полиса) – с даты установления группы инвалидности.
- 5.17. Хронической почечной и печеночной недостаточности, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения.
- 5.18. Заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации, ауто трансплантации, протезирования, за исключением заболеваний, требующих проведения АКШ, катаракты, а также с учетом п. 2.7 настоящего Раздела.
- 5.19. Ронхопатии, апноэ во сне.
- 5.20. Ожирения
- 5.21. Заболевания/состояния вне стадии обострения и не имеющие острой симптоматики.
- 6. Обращение в медицинскую организацию с целью:**
- 6.1. Получения услуг, указанных в Разделе I, не назначенных врачом, услуг, не указанных в Разделе I; получения плановых услуг;
- 6.2. Получения профилактических и оздоровительных мероприятий; диспансерных наблюдений (динамических наблюдений, в том числе необходимых обследований) за состоянием здоровья лиц, страдающие хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами; динамических наблюдений за состоянием здоровья после перенесенного острого заболевания; иммунопрофилактики, кроме случаев, предусмотренных Программой.
- 6.3. Получения услуг, связанных с беременностью, за исключением оказания экстренной помощи при угрожающих жизни состояниях до установления диагноза развивающейся беременности, прерывание беременности без медицинских показаний, родовспоможение.
- 6.4. Удаления кондилом, мозолей, бородавок, папиллом, контактиозных моллюсков.
- 6.5. Трансплантации органов.
- 6.6. Трансплантации тканей, кроме переливания крови и её компонентов, а также случаев, когда необходимость в трансплантации тканей возникла в результате травмы (в т.ч. ожога), произошедшей в период действия Договора (Полиса).
- 6.7. Догоспитальной подготовки.
- 6.8. Установления протезов, эндопротезов, имплантов, включая искусственные хрусталики, кроме сеток, петель, мочеточниковых, билиарных и пищеводных стентов.
- 6.9. Установления металлоконструкции, наборы для остеосинтеза и фиксации, стабилизирующие системы, кроме случаев, когда необходимость их использования возникла при экстренной госпитализации непосредственно после травмы.
- 6.10. Экстракорпоральных методов лечения за исключением случаев, когда они проводятся в экстренных случаях по жизненным показаниям.
- 6.11. Получения робот-ассистированных операций.
- 6.12. Получения индивидуального медицинского поста.
- 6.13. Физиотерапевтического и восстановительного лечения.
- 6.14. Получения услуг, связанных с методами традиционной диагностики и терапии, в т.ч. диагностикой по методу Фоля, волновой диагностики, спектральной коррекцией, гомеопатией, иридодиагностикой, аурикулодиагностикой, электропунктурной диагностикой и терапией энергоинформатики, биорезонанской, частотно-резонансной и спектрально-динамической технологией, программно-аппаратными комплексами диагностики и реабилитацией типа «Senso», гирудотерапией, апитерапией, фитотерапией; традиционными системами оздоровления.
- 6.15. Получения лечения, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским.
- 6.16. Проведения видеокапсульной эндоскопии.
- 6.17. Получения стоматологических услуг сверх объема, предусмотренного Программой ДМС.
- 6.18. Получения услуг, связанных с удалением ретинированных и дистопированных зубов.
- 6.19. Оформления медицинской документации, не предусмотренной Программой ДМС.
- 6.20. Получения оригиналов и копий амбулаторных карт, оформление выписок из них за исключением случаев, предусмотренных законодательством.

6.21. Компенсацией расходов Застрахованного на приобретение, в том числе по рецепту лечащего врача, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, 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 расходы на их подгонку.

6.22. Получения услуг по сопровождению гроба с телом (урны с прахом) во время перевозки; организации похорон, траурной церемонии, погребении, поминальной трапезы, установке надгробных сооружений, услуг на подготовку тела в соответствии с религиозными обычаями.

6.23. Получения медицинских услуг, указанных в Разделе I настоящего документа и Программе ДМС, в течение Временной франшизы – 14 дней с начала срока 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.

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 – 1.7 Раздела I, предоставляются Застрахованному лицу, находящемуся на территории Российской Федерации.

РАЗДЕЛ IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

Страховая выплата осуществляется в форме организации и оплаты Страховщиком медицинских и иных услуг, предусмотренных Разделом I и Программой ДМС, с их оплатой в медицинскую и иную организацию в сроки и по расценкам, предусмотренным договором, заключенным между Страховщиком и медицинской организацией. Для организации предоставления услуг, предусмотренных в Разделе I, необходимо обратиться к Страховщику через круглосуточный федеральный медицинский контактный центр по телефону 8-800-250-29-06 и сообщить ФИО и номер договора страхования. При обращении в медицинскую организацию необходимо предъявить договор страхования и документ, удостоверяющий личность. Для получения услуг, предусмотренных п. 1.1 Раздела I, необходимо зарегистрироваться в Личном кабинете в мобильном приложении АО «СОГАЗ».

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»	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 периода действия страхования событий, имеющих признаки страхового случая	
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;

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?

9. Направить страховщику заявление (претензию) в письменной форме.

10. 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.



Ключевой информационный документ об условиях договора

добровольного страхования

«ДМС для студентов»



Расширенная + иммунопрофилактика

подготовлен в соответствии с «Правилами добровольного медицинского страхования граждан АО «СОГАЗ» в редакции от 31.01.2023 г. (далее – Правила), размещенных: https://www.sogaz.ru/upload/iblock/61f/gfzzmt3213a0on60h7fkwar3j48hzipfj/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; для филиалов – адреса указаны на сайте Страховщика - <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 со Страховщиком, за организацией и оказанием ему медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС и указанных в настоящем Разделе, в связи с острым заболеванием (состоянием), обострением хронического заболевания, травмой (в т.ч. ожогом, обморожением), отравлением:

1.1. телемедицинскими услугами (срочными онлайн-консультации дежурного врача);

1.2. амбулаторно-поликлиническим обслуживанием в неотложной форме:

- консультативная помощь, в т.ч. по акушерству и гинекологии, анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, кардиологии, колопроктологии, инфекционным болезням, нефрологии, неврологии, семейной медицине, офтальмологии, терапии, травматологии и ортопедии, урологии, функциональной диагностике, хирургии, оториноларингологии; лабораторные и инструментальные исследования, лечебные манипуляции

- иммунопрофилактика

1.3. содействием по сохранению истории обращений в медицинское учреждение, письменных рекомендаций врачей; оформлением медицинской документации;

1.4. неотложной и плановой (не более 2 зубов) стоматологической помощью – прием, манипуляции врачей-специалистов, анестезия, терапевтическая и хирургическая стоматология, обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения во время лечения;

1.5. скорой медицинской помощью в неотложной форме – осмотр, экспресс-диагностика, медицинская эвакуация в медицинскую организацию;

1.6. стационарным обслуживанием (экстренная госпитализация) – консультации врачей-специалистов, пребывание в стационаре; лечебные манипуляции; лабораторные и инструментальные исследования; консервативное и хирургическое лечение; обеспечение лекарственными средствами и медицинскими изделиями;

1.7. репатриацией останков (в случае смерти Застрахованного лица).

РАЗДЕЛ II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

6. Обращение по поводу:

6.1. ВИЧ – инфекции, СПИДа, и их осложнений.

6.2. Психических заболеваний и их осложнений, органических психических расстройств (включая симптоматические), алкоголизма, наркомании, токсикомании.

6.3. Туберкулеза, муковисцидоза независимо от клинической формы и стадии процесса.

6.4. Инфекций, передающихся преимущественно половым путем.

6.5. Острых и хронических вирусных гепатитов, за исключением гепатита А; цирроза печени.

6.6. Лучевой болезни.

6.7. Особо опасных инфекционных болезней: натуральной оспы (B03), полиомиелита (A80), тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС) (U04).

6.8. Заболеваний, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

6.9. Иммунодефицитных состояний.

6.10. Онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, образований головного мозга, мозговых оболочек и ганглиев).

6.11. Демиелинизирующих и дегенеративных заболеваний нервной системы, миастении.

- 6.12. Наследственных заболеваний: хромосомных, моногенных, митохондриальных (болезней, аномалий, нарушений), наследственных болезней обмена; аномалий развития, врожденных пороков; детского церебрального паралича.
- 6.13. Системных заболеваний соединительной ткани (склеродермии, системной красной волчанки, дерматомиозита, ревматической полимиалгии), ревматоидного артрита, васкулитов.
- 6.14. Сахарного диабета I и II типа.
- 6.15. 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 (Полиса).
- 6.16. Заболеваний, послуживших основанием для установления Застрахованному лицу впервые инвалидности 1 или 2 группы в течение срока действия Договора (Полиса) – с даты установления группы инвалидности.
- 6.17. Хронической почечной и печеночной недостаточности, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения.
- 6.18. Заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации, ауто трансплантации, протезирования, за исключением заболеваний, требующих проведения АКШ, катаракты, а также с учетом п. 2.7 настоящего Раздела.
- 6.19. Ронхопатии, апноэ во сне.
- 6.20. Ожирения
- 6.21. Заболевания/состояния вне стадии обострения и не имеющие острой симптоматики.
- 7. Обращение в медицинскую организацию с целью:**
- 7.1. Получения услуг, указанных в Разделе I, не назначенных врачом, услуг, не указанных в Разделе I; получения плановых услуг;
- 7.2. Получения профилактических и оздоровительных мероприятий; диспансерных наблюдений (динамических наблюдений, в том числе необходимых обследований) за состоянием здоровья лиц, страдающие хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами; динамических наблюдений за состоянием здоровья после перенесенного острого заболевания; иммунопрофилактики, кроме случаев, предусмотренных Программой.
- 7.3. Получения услуг, связанных с беременностью, за исключением оказания экстренной помощи при угрожающих жизни состояниях до установления диагноза развивающейся беременности, прерывание беременности без медицинских показаний, родовспоможение.
- 7.4. Удаления кондилом, мозолей, бородавок, папиллом, контактиозных моллюсков.
- 7.5. Трансплантации органов.
- 7.6. Трансплантации тканей, кроме переливания крови и её компонентов, а также случаев, когда необходимость в трансплантации тканей возникла в результате травмы (в т.ч. ожога), произошедшей в период действия Договора (Полиса).
- 7.7. Догоспитальной подготовки.
- 7.8. Установления протезов, эндопротезов, имплантов, включая искусственные хрусталики, кроме сеток, петель, мочеточниковых, билиарных и пищеводных стентов.
- 7.9. Установления металлоконструкции, наборы для остеосинтеза и фиксации, стабилизирующие системы, кроме случаев, когда необходимость их использования возникла при экстренной госпитализации непосредственно после травмы.
- 7.10. Экстракорпоральных методов лечения за исключением случаев, когда они проводятся в экстренных случаях по жизненным показаниям.
- 7.11. Получения робот-ассистированных операций.
- 7.12. Получения индивидуального медицинского поста.
- 7.13. Физиотерапевтического и восстановительного лечения.
- 7.14. Получения услуг, связанных с методами традиционной диагностики и терапии, в т.ч. диагностикой по методу Фоля, волновой диагностики, спектральной коррекцией, гомеопатией, иридодиагностикой, аурикулодиагностикой, электропунктурной диагностикой и терапией энергоинформатики, биорезонанской, частотно-резонансной и спектрально-динамической технологией, программно-аппаратными комплексами диагностики и реабилитацией типа «Senso», гирудотерапией, апитерапией, фитотерапией; традиционными системами оздоровления.
- 7.15. Получения лечения, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским.
- 7.16. Проведения видеокапсульной эндоскопии.
- 7.17. Получения стоматологических услуг сверх объема, предусмотренного Программой ДМС.
- 7.18. Получения услуг, связанных с удалением ретинированных и дистопированных зубов.
- 7.19. Оформления медицинской документации, не предусмотренной Программой ДМС.
- 7.20. Получения оригиналов и копий амбулаторных карт, оформление выписок из них за исключением случаев, предусмотренных законодательством.

7.21. Компенсацией расходов Застрахованного на приобретение, в том числе по рецепту лечащего врача, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, 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 расходы на их подгонку.

7.22. Получения услуг по сопровождению гроба с телом (урны с прахом) во время перевозки; организации похорон, траурной церемонии, погребении, поминальной трапезы, установке надгробных сооружений, услуг на подготовку тела в соответствии с религиозными обычаями.

7.23. Получения медицинских услуг, указанных в Разделе I настоящего документа и Программе ДМС, в течение Временной франшизы – 14 дней с начала срока 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.

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 – 1.7 Раздела I, предоставляются Застрахованному лицу, находящемуся на территории Российской Федерации.

РАЗДЕЛ IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

Страховая выплата осуществляется в форме организации и оплаты Страховщиком медицинских и иных услуг, предусмотренных Разделом I и Программой ДМС, с их оплатой в медицинскую и иную организацию в сроки и по расценкам, предусмотренным договором, заключенным между Страховщиком и медицинской организацией. Для организации предоставления услуг, предусмотренных в Разделе I, необходимо обратиться к Страховщику через круглосуточный федеральный медицинский контактный центр по телефону 8-800-250-29-06 и сообщить ФИО и номер договора страхования. При обращении в медицинскую организацию необходимо предъявить договор страхования и документ, удостоверяющий личность. Для получения услуг, предусмотренных п. 1.1 Раздела I, необходимо зарегистрироваться в Личном кабинете в мобильном приложении АО «СОГАЗ».

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»	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 периода действия страхования событий, имеющих признаки страхового случая	
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;

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?

11. Направить страховщику заявление (претензию) в письменной форме.

12. 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.



Ключевой информационный документ об условиях договора

добровольного страхования

«ДМС для студентов»

Расширенная + справка по форме 086/у + иммунопрофилактика



подготовлен в соответствии с «Правилами добровольного медицинского страхования граждан АО «СОГАЗ» в редакции от 31.01.2023 г. (далее – Правила), размещенных: https://www.sogaz.ru/upload/iblock/61f/gfzzmt3213a0on60h7fkwar3j48h2pfj/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; для филиалов – адреса указаны на сайте Страховщика - <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 со Страховщиком, за организацией и оказанием ему медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС и указанных в настоящем Разделе, в связи с острым заболеванием (состоянием), обострением хронического заболевания, травмой (в т.ч. ожогом, обморожением), отравлением:
 - 1.1. телемедицинскими услугами (срочными онлайн-консультации дежурного врача);
 - 1.2. амбулаторно-поликлиническим обслуживанием в неотложной форме:
 - консультативная помощь, в т.ч. по акушерству и гинекологии, анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, кардиологии, колопроктологии, инфекционным болезням, нефрологии, неврологии, семейной медицине, офтальмологии, терапии, травматологии и ортопедии, урологии, функциональной диагностике, хирургии, оториноларингологии; лабораторные и инструментальные исследования, лечебные манипуляции
 - иммунопрофилактика
 - 1.3. содействию по сохранению истории обращений в медицинское учреждение, письменных рекомендаций врачей; оформлению медицинской документации;
 - 1.4. неотложной и плановой (не более 2 зубов) стоматологической помощью – прием, манипуляции врачей-специалистов, анестезия, терапевтическая и хирургическая стоматология, обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения во время лечения;
 - 1.5. скорой медицинской помощью в неотложной форме – осмотр, экспресс-диагностика, медицинская эвакуация в медицинскую организацию;
 - 1.6. стационарным обслуживанием (экстренная госпитализация) – консультации врачей-специалистов, пребывание в стационаре; лечебные манипуляции; лабораторные и инструментальные исследования; консервативное и хирургическое лечение; обеспечение лекарственными средствами и медицинскими изделиями;
 - 1.7. репатриацией останков (в случае смерти Застрахованного лица).

РАЗДЕЛ II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

- 7. Обращение по поводу:**
- 7.1. ВИЧ – инфекции, СПИДа, и их осложнений.
 - 7.2. Психических заболеваний и их осложнений, органических психических расстройств (включая симптоматические), алкоголизма, наркомании, токсикомании.
 - 7.3. Туберкулеза, муковисцидоза независимо от клинической формы и стадии процесса.
 - 7.4. Инфекций, передающихся преимущественно половым путем.
 - 7.5. Острых и хронических вирусных гепатитов, за исключением гепатита А; цирроза печени.
 - 7.6. Лучевой болезни.
 - 7.7. Особо опасных инфекционных болезней: натуральной оспы (B03), полиомиелита (A80), тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС) (U04).
 - 7.8. Заболеваний, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих.
 - 7.9. Иммунодефицитных состояний.
 - 7.10. Онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, образований головного мозга, мозговых оболочек и ганглиев).
 - 7.11. Демиелинизирующих и дегенеративных заболеваний нервной системы, миастении.

- 7.12. Наследственных заболеваний: хромосомных, моногенных, митохондриальных (болезней, аномалий, нарушений), наследственных болезней обмена; аномалий развития, врожденных пороков; детского церебрального паралича.
- 7.13. Системных заболеваний соединительной ткани (склеродермии, системной красной волчанки, дерматомиозита, ревматической полимиалгии), ревматоидного артрита, васкулитов.
- 7.14. Сахарного диабета I и II типа.
- 7.15. 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 (Полиса).
- 7.16. Заболеваний, послуживших основанием для установления Застрахованному лицу впервые инвалидности 1 или 2 группы в течение срока действия Договора (Полиса) – с даты установления группы инвалидности.
- 7.17. Хронической почечной и печеночной недостаточности, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения.
- 7.18. Заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации, ауто трансплантации, протезирования, за исключением заболеваний, требующих проведения АКШ, катаракты, а также с учетом п. 2.7 настоящего Раздела.
- 7.19. Ронхопатии, апноэ во сне.
- 7.20. Ожирения
- 7.21. Заболевания/состояния вне стадии обострения и не имеющие острой симптоматики.
- 8. Обращение в медицинскую организацию с целью:**
- 8.1. Получения услуг, указанных в Разделе I, не назначенных врачом, услуг, не указанных в Разделе I; получения плановых услуг;
- 8.2. Получения профилактических и оздоровительных мероприятий; диспансерных наблюдений (динамических наблюдений, в том числе необходимых обследований) за состоянием здоровья лиц, страдающие хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами; динамических наблюдений за состоянием здоровья после перенесенного острого заболевания; иммунопрофилактики, кроме случаев, предусмотренных Программой.
- 8.3. Получения услуг, связанных с беременностью, за исключением оказания экстренной помощи при угрожающих жизни состояниях до установления диагноза развивающейся беременности, прерывание беременности без медицинских показаний, родовспоможение.
- 8.4. Удаления кондилом, мозолей, бородавок, папиллом, контактиозных моллюсков.
- 8.5. Трансплантации органов.
- 8.6. Трансплантации тканей, кроме переливания крови и её компонентов, а также случаев, когда необходимость в трансплантации тканей возникла в результате травмы (в т.ч. ожога), произошедшей в период действия Договора (Полиса).
- 8.7. Догоспитальной подготовки.
- 8.8. Установления протезов, эндопротезов, имплантов, включая искусственные хрусталики, кроме сеток, петель, мочеточниковых, билиарных и пищеводных стентов.
- 8.9. Установления металлоконструкции, наборы для остеосинтеза и фиксации, стабилизирующие системы, кроме случаев, когда необходимость их использования возникла при экстренной госпитализации непосредственно после травмы.
- 8.10. Экстракорпоральных методов лечения за исключением случаев, когда они проводятся в экстренных случаях по жизненным показаниям.
- 8.11. Получения робот-ассистированных операций.
- 8.12. Получения индивидуального медицинского поста.
- 8.13. Физиотерапевтического и восстановительного лечения.
- 8.14. Получения услуг, связанных с методами традиционной диагностики и терапии, в т.ч. диагностикой по методу Фоля, волновой диагностики, спектральной коррекцией, гомеопатией, иридодиагностикой, аурикулодиагностикой, электропунктурной диагностикой и терапией энергоинформатики, биорезонанской, частотно-резонансной и спектрально-динамической технологией, программно-аппаратными комплексами диагностики и реабилитацией типа «Senso», гирудотерапией, апитерапией, фитотерапией; традиционными системами оздоровления.
- 8.15. Получения лечения, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским.
- 8.16. Проведения видеокапсульной эндоскопии.
- 8.17. Получения стоматологических услуг сверх объема, предусмотренного Программой ДМС.
- 8.18. Получения услуг, связанных с удалением ретинированных и дистопированных зубов.
- 8.19. Оформления медицинской документации, не предусмотренной Программой ДМС.
- 8.20. Получения оригиналов и копий амбулаторных карт, оформление выписок из них за исключением случаев, предусмотренных законодательством.

8.21. Компенсацией расходов Застрахованного на приобретение, в том числе по рецепту лечащего врача, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, 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 расходы на их подгонку.

8.22. Получения услуг по сопровождению гроба с телом (урны с прахом) во время перевозки; организации похорон, траурной церемонии, погребении, поминальной трапезы, установке надгробных сооружений, услуг на подготовку тела в соответствии с религиозными обычаями.

8.23. Получения медицинских услуг, указанных в Разделе I настоящего документа и Программе ДМС, в течение Временной франшизы – 14 дней с начала срока 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.

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 – 1.7 Раздела I, предоставляются Застрахованному лицу, находящемуся на территории Российской Федерации.

РАЗДЕЛ IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

Страховая выплата осуществляется в форме организации и оплаты Страховщиком медицинских и иных услуг, предусмотренных Разделом I и Программой ДМС, с их оплатой в медицинскую и иную организацию в сроки и по расценкам, предусмотренным договором, заключенным между Страховщиком и медицинской организацией. Для организации предоставления услуг, предусмотренных в Разделе I, необходимо обратиться к Страховщику через круглосуточный федеральный медицинский контактный центр по телефону 8-800-250-29-06 и сообщить ФИО и номер договора страхования. При обращении в медицинскую организацию необходимо предъявить договор страхования и документ, удостоверяющий личность. Для получения услуг, предусмотренных п. 1.1 Раздела I, необходимо зарегистрироваться в Личном кабинете в мобильном приложении АО «СОГАЗ».

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»	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 периода 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;

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?

13. Направить страховщику заявление (претензию) в письменной форме.

14. 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.