



Ключевые информационные документы
об условиях договора добровольного страхования
«Доктор Лайк Премиум»

«Доктор Лайк Премиум» для лиц от 18 до 70 лет: Поликлиника + Телемедицина	2
«Доктор Лайк Премиум» для лиц от 18 до 70 лет: Поликлиника + Телемедицина + Стоматология.....	5
«Доктор Лайк Премиум» для лиц от 1 года до 17 лет: Поликлиника + Телемедицина	8
«Доктор Лайк Премиум» для лиц от 1 года до 17 лет: Поликлиника + Телемедицина + Стоматология.....	11
«Доктор Лайк Премиум» для лиц от 1 года до 17 лет: Поликлиника + Телемедицина + Диспансерные осмотры	14
«Доктор Лайк Премиум» для лиц от 1 года до 17 лет: Поликлиника + Телемедицина + Стоматология + Диспансерные осмотры	17

«Доктор Лайк Премиум» для лиц от 18 до 70 лет: Поликлиника + Телемедицина

подготовлен на основании «Правил добровольного медицинского страхования граждан» АО «СОГАЗ» в редакции от 31.01.2023 г. (далее – Правила), размещенных: https://www.sogaz.ru/upload/iblock/61f/gfzzmt3213a0on60h7fkwar3j48hzpfj/003_Pravila-dobrovolnogo-meditsinskogo-strakhvaniya-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, указанные 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 указанных в Личном кабинете Застрахованного лица, за организацией и оказанием ему медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС и указанных в п.п. 1.1-1.3 настоящего Раздела, в связи с острым заболеванием (состоянием), обострением хронического заболевания, травмой (в т.ч. ожогом, обморожением), отравлением:

- 1.1. телемедицинскими услугами (срочными, плановыми);
- 1.2. консультациями и профессиональными услугами врачей-специалистов; лабораторными и инструментальными исследованиями; физиотерапевтическим и восстановительным лечением; лечебными и диагностическими манипуляциями; оформлением медицинской документации; сезонной вакцинацией против гриппа в условиях поликлиники, атирабической и противостолбнячной вакцинацией при травме;
- 1.3. содействием в организации: приема врача профильной специальности, диагностических обследований и лечения при наступлении страхового события; услуги сервиса онлайн-консультаций (хранение истории обращений и письменных рекомендаций врачей).

РАЗДЕЛ II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

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

- 1.1. получения любых медицинских услуг, не назначенных врачом, не предусмотренных Программой ДМС;
- 1.2. получения любых стоматологических медицинских услуг;
- 1.3. получения любых стационарных медицинских услуг и лечения, а также услуг, проводимых в стационарных условиях, включая стационар одного дня и применение стационарзамещающих технологий;
- 1.4. приемов, консультаций и манипуляций врачей-специалистов и среднего медицинского персонала по специальностям: гериатрия, диабетология, диетология, косметология, пластическая хирургия, профпатология, психиатрия-наркология, психотерапия, сексология, сурдология-оториноларингология и иным, связанным с применением методов нетрадиционной медицины, а также связанных с направлением или проведением медико-социальной экспертизы;
- 1.5. консультаций и занятий у логопеда, психолога;
- 1.6. генетических лабораторных исследований;
- 1.7. получения медицинских услуг, связанные с диагностикой и лечением иммунодефицитных состояний;
- 1.8. проведения профилактических и оздоровительных мероприятий;
- 1.9. диспансерного наблюдения (динамического наблюдения, в том числе необходимого обследования) за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями и функциональными расстройствами;
- 1.10. иммунопрофилактики, кроме сезонной вакцинации против гриппа биопрепаратами отечественного производства в условиях поликлиники, атирабической и противостолбнячной вакцинации при травме;
- 1.11. диагностики и лечения мужского и женского бесплодия, импотенции; вопросов планирования семьи (включая вопросы контрацепции), введения и удаления (без медицинских показаний) ВМС;
- 1.12. получения медицинских услуг, связанных с беременностью, за исключением оказания экстренной помощи при угрожающих жизни состояниях;
- 1.13. проведения: пластических операций, диагностики или лечения с эстетической или косметической целью, или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного лица, включая лечение заболеваний волос, удаление невусов; склеротерапии вен нижних конечностей;
- 1.14. удаления: кондилом, мозолей, бородавок, папиллом, контагиозных моллюсков;
- 1.15. коррекции веса;
- 1.16. диагностических и лечебных мероприятий, связанных с лазерной коррекцией зрения, аппаратными методами лечения в офтальмологии, периферической лазерокоагуляции сетчатки (за исключением случаев, когда диагностирован разрыв сетчатки, отслоение сетчатки);
- 1.17. проведения любых трансплантаций тканей;
- 1.18. проведения догоспитальной подготовки и последующего наблюдения по поводу заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации, аутоотрансплантации, протезирования;
- 1.19. установки или коррекции протезов, эндопротезов, имплантов;
- 1.20. установки металлоконструкций, наборов для остеосинтеза и фиксации, стабилизирующих систем;
- 1.21. проведения лечебных манипуляций и иных оперативных вмешательств с установкой кардиостимуляторов, стентов, баллонов, проводников и пр. для проведения ангиопластики и стентирования;
- 1.22. проведения экстракорпоральных методов лечения за исключением случаев, когда они проводятся по жизненным показаниям;

1.23. получения физиотерапевтического лечения: термотерапии, криотерапии, криосауны, надсосудистого и внутрисосудистого лазерного облучения крови (НЛОК и ВЛОК), вибро-и вибровакuum-терапии, лимфодренажа- и прессо- терапии, кавитации, аэроионотерапии, аромафитотерапии, галоаэрозольной терапии, спелеотерапии, нормобарической гипокситерапии, гипербарической и гипобарической баротерапии, бальнеотерапии, гидротерапии (души, ванны, сауна, гидроколонтотерапия), грязелечения, капсулы «Санспектра», озонотерапии, ксенонотерапии, ингаляции гелия, плазмотерапии, фотодинамической терапии (кроме лечения псориаза), тракционных и акватракционных систем;

1.24. проведения традиционной диагностики и терапии, в т.ч. диагностики по методу Фоля, волновой диагностики, спектральной коррекции, гомеопатии, иридодиагностики, аурикулодиагностики, электропунктурной диагностики и терапии энергоинформатикой, биорезонансной, частотно-резонансной и спектрально-динамической технологий, программно-аппаратными комплексами диагностики и реабилитации типа «Senso», гирудотерапии, апитерапии, фитотерапии; традиционных систем оздоровления;

1.25. получения лечения, являющегося по характеру экспериментальным или исследовательским;

1.26. проведения видеокапсульной эндоскопии;

1.27. получения восстановительного аппаратного лечения нарушений двигательной функции костно-мышечной системы аппаратами типа Lokomat, Biodex, Con-Trex, TERGUMED Artromot, Theravital, OPMED и т.п.;

1.28. оформления медицинской документации: посыльных листов на МСЭ; заключений предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования) по форме 003-П/У; справок на профессиональную пригодность (форма 086/у); санаторно-курортных карт (форма 072/у); справок в бассейн, фитнес-центр, спортивные секции; справок в ГИБДД (форма 083/у); справок для выезжающих за границу (форма 082/у); справок для получения путевки (форма 070/у); справок на госслужбу по форме 001-ГС/у; справок на оружие (форма 046-1);

1.29. выдачи оригиналов и копий амбулаторных карт за исключением случаев, предусмотренных законодательством;

1.30. расходов Застрахованного лица на приобретение, в том числе по рецепту лечащего врача, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, ВМС, медицинского оборудования, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, медицинских изделий, предназначенных для ухода за больными и т.п., корригирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений (корсетов, костылей, стелек и др.), а также расходов на их подгонку и коррекцию;

1.31. обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения необходимыми для курсового и/или инъекционного лечения в амбулаторно-поликлинических условиях и условиях дневного стационара;

1.32. получения услуг медицинских и иных после окончания срока страхования;

1.33. получения медицинских и иных услуг в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения;

1.34. получения медицинских и иных услуг, если обращение наступило вследствие: терроризма, диверсии, саботажа; воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, применения химического или биологического оружия массового поражения; воздействия снарядов, мин, торпед, бомб и иных орудий войны, в т.ч. брошенных (бесхозных); войны, любых военных действий, военных маневров, военных мероприятий, вторжений / нападений, военных учений, гражданской войны, революции, контртеррористических операций, военных операций любого рода, вне зависимости от того, объявлены ли такие события официально или нет, а также объявления военного положения и(или) мобилизации; массовых беспорядков: забастовок, гражданских или народных волнений, восстаний, бунтов, мятежей, локаутов, беспорядков.

2. Обращение по поводу заболеваний/состояний: ВИЧ – инфекции, СПИД, и их осложнений; психических заболеваний и их осложнений, органических психических расстройств (включая симптоматические), алкоголизма, наркомании, токсикомании; туберкулеза, муковисцидоза независимо от клинической формы и стадии процесса; инфекций, передающихся преимущественно половым путем; острых и хронических вирусных гепатитов, за исключением гепатита А; цирроза печени; лучевой болезни; особо опасных инфекционных болезней (натуральной оспы (B031), полиомиелита (A80), тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС) (U04)); заболеваний, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих; иммунодефицитных состояний; злокачественных новообразований; новообразований головного мозга, мозговых оболочек и ганглиев; демиелинизирующих и дегенеративных заболеваний нервной системы, миастении; наследственных заболеваний (хромосомных, моногенных, митохондриальных (болезни, аномалии, нарушения), наследственных болезней обмена, аномалий развития, врожденных пороков, детского церебрального паралича; системных заболеваний соединительной ткани (склеродермии, системной красной волчанки, дерматомиозита, ревматической полимиалгии), ревматоидного артрита, васкулита; заболеваний, послуживших основанием для установления Застрахованному лицу инвалидности 1 или 2 группы (при наличии у Застрахованного лица инвалидности 1 или 2 группы на дату вступления в силу договора страхования); заболеваний, послуживших основанием для установления Застрахованному лицу впервые инвалидности 1 или 2 группы в течение срока действия договора страхования – с даты установления группы инвалидности; хронической почечной и печеночной недостаточности, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения; заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации, ауто трансплантации, протезирования, за исключением заболеваний, требующих проведения АКШ; катаракты, ринопатии, апноэ во сне, ожирения.

3. Обращение за медицинскими услугами из числа указанных в п. 1.2 Раздела I в случае неисполнения Застрахованным лицом обязательств по возмещению Страховщику части стоимости оказанных медицинских услуг в размере Безусловной франшизы.

4. Обращение за медицинскими и иными услугами, указанными в Разделе I настоящего документа, в течение Временной франшизы – 14 дней с даты начала страхования. Обращение за медицинскими услугами, указанными в п. 1.2 Раздела I, до истечения 24 часов с момента регистрации в Личном кабинете Застрахованного лица банковской карты.

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

¹ Здесь и далее указан код заболевания в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр).

мест, временными факторами, возможностью Страховщика организовать и оплатить оказание медицинских услуг в конкретной медицинской организации и прочими обстоятельствами.

Услуги, указанные в п. 1.1 Раздела I, предоставляются Застрахованному лицу, находящемуся на территории Российской Федерации и/или за рубежом. Услуги, указанные в п.п. 1.2, 1.3 Раздела I, предоставляются Застрахованному лицу, находящемуся на территории Российской Федерации.

РАЗДЕЛ IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

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

2 Для организации предоставления услуг, предусмотренных п.1.1 Раздела I настоящего документа, Застрахованному лицу необходимо зарегистрироваться и идентифицироваться в Личном кабинете Застрахованного лица в мобильном приложении сервиса дистанционных (телемедицинских) онлайн-консультаций.

3 Организация медицинских услуг, предусмотренных п. 1.2 Раздела I, осуществляется по истечении 24 часов с момента регистрации в Личном кабинете Застрахованного лица банковской карты и при отсутствии задолженности Застрахованного лица по оплате Безусловной франшизы. Для записи в медицинскую организацию, Застрахованное лицо может: обратиться к Страховщику через круглосуточный федеральный медицинский контактный центр по телефону 8-800-250-29-06; самостоятельно обратиться в медицинскую организацию по телефонам, указанным в списке медицинских организаций, представленном в Личном кабинете; самостоятельно, через Личный кабинет Застрахованного лица, произвести запись в медицинскую организацию, в случаях, когда техническая возможность позволяет произвести запись. При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо должно предъявить Полис и документ, удостоверяющий личность.

Страховщик оплачивает медицинские услуги из числа предусмотренных п. 1.2 Раздела I, согласно счетам медицинской организации, в полном объеме с последующим возмещением Застрахованным лицом Страховщику той части оплаты медицинских услуг, которая соответствует размеру Безусловной франшизы по договору страхования.

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 указанном периоде событий, имеющих признаки страхового случая	100% страховой премии
2.Отказ от договора добровольного страхования в случае непредоставления, предоставления неполной или недостоверной информации о договоре добровольного страхования при отсутствии в течение срока действия страхования событий, имеющих признаки страхового случая	100% страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование
3.Прекращение договора страхования, если после вступления Полиса в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай	

В иных случаях страховая премия возврату не подлежит.

Возврат страховой премии по п.п. 1, 3 раздела V в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования;

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.



«Доктор Лайк Премиум» для лиц от 18 до 70 лет: Поликлиника + Телемедицина + Стоматология

подготовлен на основании «Правил добровольного медицинского страхования граждан» АО «СОГАЗ» в редакции от 31.01.2023 г. (далее – Правила), размещенных:
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; для филиалов – адреса, указанные 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 указанных в Личном кабинете Застрахованного лица, за организацией и оказанием ему медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС и указанных в п.п. 1.1-1.4 настоящего Раздела, в связи с острым заболеванием (состоянием), обострением хронического заболевания, травмой (в т.ч. ожогом, обморожением), отравлением:
 - 1.1. телемедицинскими услугами (срочными, плановыми);
 - 1.2. консультациями и профессиональными услугами врачей-специалистов; лабораторными и инструментальными исследованиями; физиотерапевтическим и восстановительным лечением; лечебными и диагностическими манипуляциями; оформлением медицинской документации; сезонной вакцинацией против гриппа в условиях поликлиники, атирабической и противостолбнячной вакцинацией при травме;
 - 1.3. стоматологическим обслуживанием (в специализированных клиниках и на базе амбулаторно-поликлинических организаций), включающее в себя: приемы, консультации врачей-специалистов по стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, пародонтологии; рентгенологические исследования; анестезия; терапевтическая, хирургическая стоматология; зубопротезирование; физиотерапевтическое лечение; снятие налета методом Air Flow; обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения. Необходимых на приеме у врача.
 - 1.4. содействием в организации приема врача профильной специальности, диагностических обследований и лечения при наступлении страхового события; услуги сервиса онлайн-консультаций (хранение истории обращений и письменных рекомендаций врачей).

РАЗДЕЛ II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

1. Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованных лиц по поводу:
 - 2.1. получения любых медицинских услуг, не назначенных врачом, не предусмотренных Программой ДМС;
 - 2.2. получения любых стационарных медицинских услуг и лечения, а также услуг, проводимых в стационарных условиях, включая стационар одного дня и применение стационарзамещающих технологий;
 - 2.3. приемов, консультаций и манипуляций врачей-специалистов и среднего медицинского персонала по специальностям: гериатрия, диабетология, диетология, косметология, пластическая хирургия, профпатология, психиатрия-наркология, психотерапия, сексология, сурдология-оториноларингология и иным, связанным с применением методов нетрадиционной медицины, а также связанных с направлением или проведением медико-социальной экспертизы;
 - 2.4. консультаций и занятий у логопеда, психолога;
 - 2.5. зубопротезирования и подготовки к нему (за исключением случаев, предусмотренных Программой ДМС), включая перелечивания корневых каналов, удаления кист, удаления и депульпирования зубов и пр. подготовительных работ, имплантации зубов;
 - 2.6. ортодонтических видов лечения;
 - 2.7. генетических лабораторных исследований;
 - 2.8. получения медицинских услуг, связанные с диагностикой и лечением иммунодефицитных состояний;
 - 2.9. проведения профилактических и оздоровительных мероприятий;
 - 2.10. диспансерного наблюдения (динамического наблюдения, в том числе необходимого обследования) за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями и функциональными расстройствами;
 - 2.11. иммунопрофилактики, кроме сезонной вакцинации против гриппа биопрепаратами отечественного производства в условиях поликлиники, атирабической и противостолбнячной вакцинации при травме;
 - 2.12. диагностики и лечения мужского и женского бесплодия, импотенции; вопросов планирования семьи (включая вопросы контрацепции), введения и удаления (без медицинских показаний) ВМС;
 - 2.13. получения медицинских услуг, связанных с беременностью, за исключением оказания экстренной помощи при угрожающих жизни состояниях;
 - 2.14. проведения: пластических операций, диагностики или лечения с эстетической или косметической целью, или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного лица, включая лечение заболеваний волос, удаление невусов; склеротерапии вен нижних конечностей;
 - 2.15. удаления: кондилом, мозолей, бородавок, папиллом, контактных моллюсков;
 - 2.16. коррекции веса;
 - 2.17. диагностических и лечебных мероприятий, связанных с лазерной коррекцией зрения, аппаратными методами лечения в офтальмологии, периферической лазерокоагуляции сетчатки (за исключением случаев, когда диагностирован разрыв сетчатки, отслоение сетчатки);
 - 2.18. проведения любых трансплантаций тканей;

2.19. проведения догоспитальной подготовки и последующего наблюдения по поводу заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации, аутотрансплантации, протезирования;

2.20. установки или коррекции протезов, эндопротезов, имплантов;

2.21. установки металлоконструкций, наборов для остеосинтеза и фиксации, стабилизирующих систем;

2.22. проведения лечебных манипуляций и иных оперативных вмешательств с установкой кардиостимуляторов, стентов, баллонов, проводников и пр. для проведения ангиопластики и стентирования;

2.23. проведения экстракорпоральных методов лечения за исключением случаев, когда они проводятся по жизненным показаниям;

2.24. получения физиотерапевтического лечения: термотерапии, криотерапии, криосауны, надсосудистого и внутрисосудистого лазерного облучения крови (НЛОК и ВЛОК), вибро-и вибровакuum-терапии, лимфодренажа- и прессо-терапии, кавитации, аэроионотерапии, аромафитотерапии, галоаэрозольной терапии, спелеотерапии, нормобарической гипокситерапии, гипербарической и гипобарической баротерапии, бальнеотерапии, гидротерапии (души, ванны, сауна, гидроколлоидотерапия), грязелечения, капсулы «Санспектра», озонотерапии, ксеноноотерапии, ингаляции гелия, плазмотерапии, фотодинамической терапии (кроме лечения псориаза), тракционных и акватракционных систем;

2.25. проведения традиционной диагностики и терапии, в т.ч. диагностики по методу Фоля, волновой диагностики, спектральной коррекции, гомеопатии, иридодиагностики, аурикулодиагностики, электропунктурной диагностики и терапии энергоинформатикой, биорезонансной, частотно-резонансной и спектрально-динамической технологий, программно-аппаратными комплексами диагностики и реабилитации типа «Senso», гирудотерапии, апитерапии, фитотерапии; традиционных систем оздоровления;

2.26. получения лечения, являющегося по характеру экспериментальным или исследовательским;

2.27. проведения видеокапсульной эндоскопии;

2.28. получения восстановительного аппаратного лечения нарушений двигательной функции костно-мышечной системы аппаратами типа Lokomat, Biodex, Con-Trex, TERGUMED Artromot, Theravital, OPMEД и т.п.;

2.29. оформления медицинской документации: посыльных листов на МСЭ; заключений предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования) по форме 003-П/У; справок на профессиональную пригодность (форма 086/у); санаторно-курортных карт (форма 072/у); справок в бассейн, фитнес-центр, спортивные секции; справок в ГИБДД (форма 083/у); справок для выезжающих за границу (форма 082/у); справок для получения путевки (форма 070/у); справок на госслужбу по форме 001-ГС/у; справок на оружие (форма 046-1);

2.30. выдачи оригиналов и копий амбулаторных карт за исключением случаев, предусмотренных законодательством;

2.31. расходов Застрахованного лица на приобретение, в том числе по рецепту лечащего врача, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, ВМС, медицинского оборудования, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, медицинских изделий, предназначенных для ухода за больными и т.п., корректирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений (корсетов, костылей, стелек и др.), а также расходов на их подгонку и коррекцию;

2.32. обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения необходимыми для курсового и/или инъекционного лечения в амбулаторно-поликлинических условиях и условиях дневного стационара;

2.33. получения услуг медицинских и иных после окончания срока страхования;

2.34. получения медицинских и иных услуг в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения;

2.35. получения медицинских и иных услуг, если обращение наступило вследствие: терроризма, диверсии, саботажа; воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, применения химического или биологического оружия массового поражения; воздействия снарядов, мин, торпед, бомб и иных орудий войны, в т.ч. брошенных (бесхозных); войны, любых военных действий, военных маневров, военных мероприятий, вторжений / нападений, военных учений, гражданской войны, революции, контртеррористических операций, военных операций любого рода, вне зависимости от того, объявлены ли такие события официально или нет, а также объявления военного положения и(или) мобилизации; массовых беспорядков: забастовок, гражданских или народных волнений, восстаний, бунтов, мятежей, локаутов, беспорядков.

2. Обращение по поводу заболеваний/состояний: ВИЧ – инфекции, СПИД, и их осложнений; психических заболеваний и их осложнений, органических психических расстройств (включая симптоматические), алкоголизма, наркомании, токсикомании; туберкулеза, муковисцидоза независимо от клинической формы и стадии процесса; инфекций, передающихся преимущественно половым путем; острых и хронических вирусных гепатитов, за исключением гепатита А; цирроза печени; лучевой болезни; особо опасных инфекционных болезней (натуральной оспы (B032), полиомиелита (A80), тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС) (U04)); заболеваний, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих; иммунодефицитных состояний; злокачественных новообразований; новообразований головного мозга, мозговых оболочек и ганглиев; демиелинизирующих и дегенеративных заболеваний нервной системы, миастении; наследственных заболеваний (хромосомных, моногенных, митохондриальных (болезни, аномалии, нарушения), наследственных болезней обмена, аномалий развития, врожденных пороков, детского церебрального паралича; системных заболеваний соединительной ткани (склеродермии, системной красной волчанки, дерматомиозита, ревматической полимиалгии), ревматоидного артрита, васкулита; заболеваний, послуживших основанием для установления Застрахованному лицу инвалидности 1 или 2 группы (при наличии у Застрахованного лица инвалидности 1 или 2 группы на дату вступления в силу договора страхования); заболеваний, послуживших основанием для установления Застрахованному лицу впервые инвалидности 1 или 2 группы в течение срока действия договора страхования – с даты установления группы инвалидности; хронической почечной и печеночной недостаточности, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения; заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации, аутотрансплантации, протезирования, за исключением заболеваний, требующих проведения АКШ; катаракты, ронхопатии, апноэ во сне, ожирения.

3. Обращение за медицинскими услугами из числа указанных в п. 1.2 Раздела I в случае неисполнения Застрахованным лицом обязательств по возмещению Страховщику части стоимости оказанных медицинских услуг в размере Безусловной франшизы.

² Здесь и далее указан код заболевания в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр).

4. Обращение за медицинскими и иными услугами, указанными в Разделе I настоящего документа, в течение Временной франшизы – 14 дней с даты начала страхования. Обращение за медицинскими услугами, указанными в п.п. 1.2, 1.3 Раздела I, до истечения 24 часов с момента регистрации в Личном кабинете Застрахованного лица банковской карты.

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. 1.2-1.4 Раздела I, предоставляются Застрахованному лицу, находящемуся на территории Российской Федерации.

РАЗДЕЛ IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

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

2. Для организации предоставления услуг, предусмотренных п.1.1 Раздела I настоящего документа, Застрахованному лицу необходимо зарегистрироваться и идентифицироваться в Личном кабинете Застрахованного лица в мобильном приложении сервиса дистанционных (телемедицинских) онлайн-консультаций.

3. Организация медицинских услуг, предусмотренных п. 1.2 Раздела I, осуществляется по истечении 24 часов с момента регистрации в Личном кабинете Застрахованного лица банковской карты и при отсутствии задолженности Застрахованного лица по оплате Безусловной франшизы. Для записи в медицинскую организацию, Застрахованное лицо может: обратиться к Страховщику через круглосуточный федеральный медицинский контактный центр по телефону 8-800-250-29-06; самостоятельно обратиться в медицинскую организацию по телефонам, указанным в списке медицинских организаций, представленном в Личном кабинете; самостоятельно, через Личный кабинет Застрахованного лица, произвести запись в медицинскую организацию, в случаях, когда техническая возможность позволяет произвести запись. При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо должно предъявить Полис и документ, удостоверяющий личность.

Страховщик оплачивает медицинские услуги из числа предусмотренных п. 1.2 Раздела I, согласно счетам медицинской организации, в полном объеме с последующим возмещением Застрахованным лицом Страховщику той части оплаты медицинских услуг, которая соответствует размеру Безусловной франшизы по договору страхования.

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 указанном периоде событий, имеющих признаки страхового случая	100% страховой премии
2. Отказ от договора добровольного страхования в случае непредоставления, предоставления неполной или недостоверной информации о договоре добровольного страхования при отсутствии в течение срока действия страхования событий, имеющих признаки страхового случая	100% страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование
3. Прекращение договора страхования, если после вступления Полиса в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай	

В иных случаях страховая премия возврату не подлежит.

Возврат страховой премии по п.п. 1, 3 раздела V в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования;

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?

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

4. 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.



«Доктор Лайк Премиум» для лиц от 1 года до 17 лет: Поликлиника + Телемедицина

подготовлен на основании «Правил добровольного медицинского страхования граждан» АО «СОГАЗ» в редакции от 31.01.2023 г. (далее – Правила), размещенных:
https://www.sogaz.ru/upload/iblock/61f/gfzzmt3213aoon60h7fkwar3j48hzpfj/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, указанные 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 указанных в Личном кабинете Застрахованного лица, за организацией и оказанием ему медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС и указанных в п.п. 1.1-1.3 настоящего Раздела, в связи с острым заболеванием (состоянием), обострением хронического заболевания, травмой (в т.ч. ожогом, обморожением), отравлением:

1.1. телемедицинскими услугами (срочными, плановыми);

1.2. консультациями и профессиональными услугами врачей-специалистов; лабораторными и инструментальными исследованиями; физиотерапевтическим и восстановительным лечением; лечебными и диагностическими манипуляциями; динамическим наблюдением за развитием ребенка до 17 лет; оформлением медицинской документации; иммунопрофилактикой: сезонной вакцинацией против гриппа в условиях поликлиники, атирабической и противостолбнячной вакцинацией при травме;

1.3. услугами по организации медицинской помощи: содействием в организации приема врача профильной специальности, диагностических обследований и лечения при наступлении страхового события; услуги сервиса онлайн-консультаций (хранение истории обращений и письменных рекомендаций врачей).

РАЗДЕЛ II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

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

3.1. получения любых медицинских услуг, не назначенных врачом, не предусмотренных Программой ДМС;

3.2. получения любых стоматологических медицинских услуг;

3.3. получения любых стационарных медицинских услуг и лечения, а также услуг, проводимых в стационарных условиях, включая стационар одного дня и применение стационарзамещающих технологий;

3.4. приемов, консультаций и манипуляций врачей-специалистов и среднего медицинского персонала по специальностям: гериатрия, диабетология, диетология, косметология, пластическая хирургия, профпатология, психиатрия-наркология, психотерапия, сексология, сурдология-оториноларингология и иным, связанным с применением методов нетрадиционной медицины, а также связанных с направлением или проведением медико-социальной экспертизы;

3.5. консультаций и занятий у логопеда, психолога;

3.6. генетических лабораторных исследований;

3.7. получения медицинских услуг, связанные с диагностикой и лечением иммунодефицитных состояний;

3.8. проведения профилактических и оздоровительных мероприятий;

3.9. диспансерного наблюдения (динамического наблюдения, в том числе необходимого обследования) за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями и функциональными расстройствами;

3.10. иммунопрофилактики, кроме сезонной вакцинации против гриппа биопрепаратами отечественного производства в условиях поликлиники, атирабической и противостолбнячной вакцинации при травме;

3.11. диагностики и лечения мужского и женского бесплодия, импотенции; вопросов планирования семьи (включая вопросы контрацепции), введения и удаления (без медицинских показаний) ВМС;

3.12. получения медицинских услуг, связанных с беременностью, за исключением оказания экстренной помощи при угрожающих жизни состояниях;

3.13. проведения: пластических операций, диагностики или лечения с эстетической или косметической целью, или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного лица, включая лечение заболеваний волос, удаление невусов; склеротерапии вен нижних конечностей;

3.14. удаления: кондилом, мозолей, бородавок, папиллом, контагиозных моллюсков;

3.15. коррекции веса;

3.16. диагностических и лечебных мероприятий, связанных с лазерной коррекцией зрения, аппаратными методами лечения в офтальмологии, периферической лазерокоагуляции сетчатки (за исключением случаев, когда диагностирован разрыв сетчатки, отслоение сетчатки);

3.17. проведения любых трансплантаций тканей;

3.18. проведения догоспитальной подготовки и последующего наблюдения по поводу заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации, ауто трансплантации, протезирования;

3.19. установки или коррекции протезов, эндопротезов, имплантов;

3.20. установки металлоконструкций, наборов для остеосинтеза и фиксации, стабилизирующих систем;

3.21. проведения лечебных манипуляций и иных оперативных вмешательств с установкой кардиостимуляторов, стентов, баллонов, проводников и пр. для проведения ангиопластики и стентирования;

3.22. проведения экстракорпоральных методов лечения за исключением случаев, когда они проводятся по жизненным показаниям;

3.23. получения физиотерапевтического лечения: термотерапии, криотерапии, криосауны, надсосудистого и внутрисосудистого лазерного облучения крови (НЛОК и ВЛОК), вибро-и вибровакuum-терапии, лимфодренажа- и прессо- терапии, кавитации, аэроионотерапии, аромафитотерапии, галоаэрозольной терапии, спелеотерапии, нормобарической гипокситерапии, гипербарической и гипобарической баротерапии, бальнеотерапии, гидротерапии (души, ванны, сауна, гидроколonoтерапия), грязелечения, капсулы «Санспектра», озонотерапии, ксенонотерапии, ингаляции гелия, плазмотерапии, фотодинамической терапии (кроме лечения псориаза), тракционных и акватракционных систем;

3.24. проведения традиционной диагностики и терапии, в т.ч. диагностики по методу Фоля, волновой диагностики, спектральной коррекции, гомеопатии, иридодиагностики, аурикулодиагностики, электропунктурной диагностики и терапии энергоинформатикой, биорезонансной, частотно-резонансной и спектрально-динамической технологий, программно-аппаратными комплексами диагностики и реабилитации типа «Senso», гирудотерапии, апитерапии, фитотерапии; традиционных систем оздоровления;

3.25. получения лечения, являющегося по характеру экспериментальным или исследовательским;

3.26. проведения видеокапсульной эндоскопии;

3.27. получения восстановительного аппаратного лечения нарушений двигательной функции костно-мышечной системы аппаратами типа Lokomat, Biodex, Con-Trex, TERGUMED Artromot, Theravital, OPMED и т.п.;

3.28. оформления медицинской документации: посыльных листов на МСЭ; заключений предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования) по форме 003-П/У; санаторно-курортных карт (форма 072/у); справок в бассейн, фитнес-центр, спортивные секции; справок для выезжающих за границу (форма 082/у); справок для получения путевок (форма 070/у);

3.29. выдачи оригиналов и копий амбулаторных карт за исключением случаев, предусмотренных законодательством;

3.30. расходов законного представителя Застрахованного лица на приобретение, в том числе по рецепту лечащего врача, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, ВМС, медицинского оборудования, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, медицинских изделий, предназначенных для ухода за больными и т.п., корректирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений (корсетов, костылей, стелек и др.), а также расходов на их подгонку и коррекцию;

3.31. обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения необходимыми для курсового и/или инъекционного лечения в амбулаторно-поликлинических условиях и условиях дневного стационара;

3.32. получения услуг медицинских и иных после окончания срока страхования;

3.33. получения медицинских и иных услуг в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения;

3.34. получения медицинских и иных услуг, если обращение наступило вследствие: терроризма, диверсии, саботажа; воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, применения химического или биологического оружия массового поражения; воздействия снарядов, мин, торпед, бомб и иных орудий войны, в т.ч. брошенных (бесхозных); войны, любых военных действий, военных маневров, военных мероприятий, вторжений / нападений, военных учений, гражданской войны, революции, контртеррористических операций, военных операций любого рода, вне зависимости от того, объявлены ли такие события официально или нет, а также объявления военного положения и(или) мобилизации; массовых беспорядков: забастовок, гражданских или народных волнений, восстаний, бунтов, мятежей, локаутов, беспорядков.

2. Обращение по поводу заболеваний/состояний: ВИЧ – инфекции, СПИД, и их осложнений; психических заболеваний и их осложнений, органических психических расстройств (включая симптоматические), алкоголизма, наркомании, токсикомании; туберкулеза, муковисцидоза независимо от клинической формы и стадии процесса; инфекций, передающихся преимущественно половым путем; острых и хронических вирусных гепатитов, за исключением гепатита А; цирроза печени; лучевой болезни; особо опасных инфекционных болезней (натуральной оспы (B033), полиомиелита (A80), тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС) (U04)); заболеваний, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих; иммунодефицитных состояний; злокачественных новообразований; новообразований головного мозга, мозговых оболочек и ганглиев; демиелинизирующих и дегенеративных заболеваний нервной системы, миастении; наследственных заболеваний (хромосомных, моногенных, митохондриальных (болезни, аномалии, нарушения), наследственных болезней обмена, аномалий развития, врожденных пороков, детского церебрального паралича; системных заболеваний соединительной ткани (склеродермии, системной красной волчанки, дерматомиозита, ревматической полимиалгии), ревматоидного артрита, васкулита; заболеваний, послуживших основанием для установления Застрахованному лицу инвалидности 1 или 2 группы (при наличии у Застрахованного лица инвалидности 1 или 2 группы на дату вступления в силу договора страхования); заболеваний, послуживших основанием для установления Застрахованному лицу впервые инвалидности 1 или 2 группы в течение срока действия договора страхования – с даты установления группы инвалидности; хронической почечной и печеночной недостаточности, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения; заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации, аутоотрансплантации, протезирования, за исключением заболеваний, требующих проведения АКШ; катаракты, ронхопатии, апноэ во сне, ожирения.

3. Обращение за медицинскими услугами из числа указанных в п. 1.2 Раздела I в случае неисполнения Застрахованным лицом обязательств по возмещению Страховщику части стоимости оказанных медицинских услуг в размере Безусловной франшизы.

4. Обращение за медицинскими и иными услугами, указанными в Разделе I настоящего документа, в течение Временной франшизы – 14 дней с даты начала страхования. Обращение за медицинскими услугами, указанными в п.п. 1.2, 1.3 Раздела I, до истечения 24 часов с момента регистрации в Личном кабинете Застрахованного лица банковской карты.

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.

³ Здесь и далее указан код заболевания в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр).

Услуги, указанные в п. 1.1 Раздела I, предоставляются Застрахованному лицу, находящемуся на территории Российской Федерации и/или за рубежом. Услуги, указанные в п.п. 1.2, 1.3 Раздела I, предоставляются Застрахованному лицу, находящемуся на территории Российской Федерации.

РАЗДЕЛ IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

1. Страховая выплата осуществляется в форме организации и оплаты Страховщиком медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС, с их оплатой в медицинскую и иную организацию в сроки и по расценкам, предусмотренным договором, заключенным между Страховщиком и медицинской или иной организацией.
 2. Для организации предоставления услуг, предусмотренных п.1.1 Раздела I настоящего документа, Застрахованному лицу необходимо зарегистрироваться и идентифицироваться в Личном кабинете Застрахованного лица в мобильном приложении сервиса дистанционных (телемедицинских) онлайн-консультаций.
 3. Организация медицинских услуг, предусмотренных п. 1.2 Раздела I, осуществляется по истечении 24 часов с момента регистрации в Личном кабинете Застрахованного лица банковской карты и при отсутствии задолженности Застрахованного лица по оплате Безусловной франшизы. Для записи в медицинскую организацию, законный представитель Застрахованного лица может: обратиться к Страховщику через круглосуточный федеральный медицинский контактный центр по телефону 8-800-250-29-06; самостоятельно обратиться в медицинскую организацию по телефонам, указанным в списке медицинских организаций, представленном в Личном кабинете; самостоятельно, через Личный кабинет Застрахованного лица, произвести запись в медицинскую организацию, в случаях, когда техническая возможность позволяет произвести запись. При обращении в медицинскую организацию законный представитель Застрахованного лица должен предъявить Полис Застрахованного лица и документ, удостоверяющий личность законного представителя Застрахованного лица.
- Страховщик оплачивает медицинские услуги из числа предусмотренных п. 1.2 Раздела I, согласно счетам медицинской организации, в полном объеме с последующим возмещением Застрахованным лицом Страховщику той части оплаты медицинских услуг, которая соответствует размеру Безусловной франшизы по договору страхования.

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 указанном периоде событий, имеющих признаки страхового случая	100% страховой премии
2.Отказ от договора добровольного страхования в случае непредоставления, предоставления неполной или недостоверной информации о договоре добровольного страхования при отсутствии в течение срока действия страхования событий, имеющих признаки страхового случая	100% страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование
3.Прекращение договора страхования, если после вступления Полиса в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай	

В иных случаях страховая премия возврату не подлежит.

Возврат страховой премии по п.п. 1, 3 раздела V в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования;
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?

5. Направить страховщику заявление (претензию) в письменной форме.
6. 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.

«Доктор Лайк Премиум» для лиц от 1 года до 17 лет: Поликлиника + Телемедицина + Стоматология



подготовлен на основании «Правил добровольного медицинского страхования граждан» АО «СОГАЗ» в редакции от 31.01.2023 г. (далее – Правила), размещенных:

https://www.sogaz.ru/upload/iblock/61f/gfzzmt3213aoon60h7fkwar3j48hzpfj/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, указанные 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 указанных в Личном кабинете Застрахованного лица, за организацией и оказанием ему медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС и указанных в п.п. 1.1-1.4 настоящего Раздела, в связи с острым заболеванием (состоянием), обострением хронического заболевания, травмой (в т.ч. ожогом, обморожением), отравлением:

- 1.1. телемедицинскими услугами (срочными, плановыми);
- 1.2. консультациями и профессиональными услугами врачей-специалистов; лабораторными и инструментальными исследованиями; физиотерапевтическим и восстановительным лечением; лечебными и диагностическими манипуляциями; оформлением медицинской документации; иммунопрофилактикой: сезонной вакцинацией против гриппа в условиях поликлиники, атирабической и противостолбнячной вакцинацией при травме;
- 1.3. Стоматологическим обслуживанием: приемы, консультации, манипуляции врачей-специалистов по стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, пародонтологии; рентгенологические исследования; анестезия; терапевтическая стоматология; хирургическая стоматология; физиотерапевтическое лечение, снятие налетов методом Air Flow, зубопротезирование, обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения на приеме у врача;
- 1.4. услугами по организации медицинской помощи: содействием в организации приема врача профильной специальности, диагностических обследований и лечения при наступлении страхового события; услуги сервиса онлайн-консультаций (хранение истории обращений и письменных рекомендаций врачей).

РАЗДЕЛ II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

1. Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованных лиц по поводу:
 - 4.1. получения любых медицинских услуг, не назначенных врачом, не предусмотренных Программой ДМС;
 - 4.2. получения любых стационарных медицинских услуг и лечения, а также услуг, проводимых в стационарных условиях, включая стационар одного дня и применение стационарзамещающих технологий;
 - 4.3. приемов, консультаций и манипуляций врачей-специалистов и среднего медицинского персонала по специальностям: гериатрия, диабетология, диетология, косметология, пластическая хирургия, профпатология, психиатрия-наркология, психотерапия, сексология, сурдология-оториноларингология и иным, связанным с применением методов нетрадиционной медицины, а также связанных с направлением или проведением медико-социальной экспертизы;
 - 4.4. консультаций и занятий у логопеда, психолога;
 - 4.5. генетических лабораторных исследований;
 - 4.6. получения медицинских услуг, связанные с диагностикой и лечением иммунодефицитных состояний;
 - 4.7. проведения профилактических и оздоровительных мероприятий;
 - 4.8. диспансерного наблюдения (динамического наблюдения, в том числе необходимого обследования) за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями и функциональными расстройствами;
 - 4.9. иммунопрофилактики, кроме сезонной вакцинации против гриппа биопрепаратами отечественного производства в условиях поликлиники, атирабической и противостолбнячной вакцинации при травме;
 - 4.10. диагностики и лечения мужского и женского бесплодия, импотенции; вопросов планирования семьи (включая вопросы контрацепции), введения и удаления (без медицинских показаний) ВМС;
 - 4.11. получения медицинских услуг, связанных с беременностью, за исключением оказания экстренной помощи при угрожающих жизни состояниях;
 - 4.12. проведения: пластических операций, диагностики или лечения с эстетической или косметической целью, или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного лица, включая лечение заболеваний волос, удаление невусов; склеротерапии вен нижних конечностей;
 - 4.13. удаления: кондилом, мозолей, бородавок, папиллом, контактирующих моллюсков;
 - 4.14. коррекции веса;
 - 4.15. диагностических и лечебных мероприятий, связанных с лазерной коррекцией зрения, аппаратными методами лечения в офтальмологии, периферической лазерокоагуляции сетчатки (за исключением случаев, когда диагностирован разрыв сетчатки, отслоение сетчатки);
 - 4.16. проведения любых трансплантаций тканей;
 - 4.17. проведения догоспитальной подготовки и последующего наблюдения по поводу заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации, аутоотрансплантации, протезирования;
 - 4.18. установки или коррекции протезов, эндопротезов, имплантов;
 - 4.19. установки металлоконструкций, наборов для остеосинтеза и фиксации, стабилизирующих систем;

4.20. проведения лечебных манипуляций и иных оперативных вмешательств с установкой кардиостимуляторов, стентов, баллонов, проводников и пр. для проведения ангиопластики и стентирования;

4.21. проведения экстракорпоральных методов лечения за исключением случаев, когда они проводятся по жизненным показаниям;

4.22. получения физиотерапевтического лечения: термотерапии, криотерапии, криосауны, надсосудистого и внутрисосудистого лазерного облучения крови (НЛОК и ВЛОК), вибро-и вибровакuum-терапии, лимфодренажа- и прессо-терапии, кавитации, аэроионотерапии, аромафитотерапии, галоаэрозольной терапии, спелеотерапии, нормобарической гипокситерапии, гипербарической и гипобарической баротерапии, бальнеотерапии, гидротерапии (души, ванны, сауна, гидроклоноотерапия), грязелечения, капсулы «Санспектра», озонотерапии, ксенонотерапии, ингаляции гелия, плазмотерапии, фотодинамической терапии (кроме лечения псориаза), тракционных и акваотракционных систем;

4.23. проведения традиционной диагностики и терапии, в т.ч. диагностики по методу Фоля, волновой диагностики, спектральной коррекции, гомеопатии, иридодиагностики, аурикулодиагностики, электропунктурной диагностики и терапии энергоинформатикой, биорезонансной, частотно-резонансной и спектрально-динамической технологий, программно-аппаратными комплексами диагностики и реабилитации типа «Senso», гирудотерапии, апитерапии, фитотерапии; традиционных систем оздоровления;

4.24. получения лечения, являющегося по характеру экспериментальным или исследовательским;

4.25. проведения видеокапсульной эндоскопии;

4.26. получения восстановительного аппаратного лечения нарушений двигательной функции костно-мышечной системы аппаратами типа Lokomat, Biodex, Con-Trex, TERGUMED Artromot, Theravital, OPMEД и т.п.;

4.27. общего наркоза при оказании стоматологической помощи;

4.28. лечения некариозных поражений зубов; глубокого фторирования зубов; восстановления коронковой части зуба с помощью штифтов;

4.29. зубопротезирования и подготовки к нему (за исключением случаев, предусмотренных Программой), включая перелечивания корневых каналов, удаления кист, удаления и депульпирования зубов и пр. подготовительных работ, имплантации зубов;

4.30. услуг, оказываемых в профилактических и косметических целях: герметизации фиссур, химического, лазерного и другого отбеливания зубов, реставрации зубных рядов, косметического восстановления зубов; замены старых пломб без медицинских показаний;

4.31. оформления медицинской документации: посыльных листов на МСЭ; заключений предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования) по форме 003-П/У; санаторно-курортных карт (форма 072/у); справок в бассейн, фитнес-центр, спортивные секции; справок для выезжающих за границу (форма 082/у); справок для получения путевки (форма 070/у);

4.32. выдачи оригиналов и копий амбулаторных карт за исключением случаев, предусмотренных законодательством;

4.33. расходов законного представителя Застрахованного лица на приобретение, в том числе по рецепту лечащего врача, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, ВМС, медицинского оборудования, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, медицинских изделий, предназначенных для ухода за больными и т.п., корректирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений (корсетов, костылей, стелек и др.), а также расходов на их подгонку и коррекцию;

4.34. обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения необходимыми для курсового и/или инъекционного лечения в амбулаторно-поликлинических условиях и условиях дневного стационара;

4.35. получения услуг медицинских и иных после окончания срока страхования;

4.36. получения медицинских и иных услуг в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения;

4.37. получения медицинских и иных услуг, если обращение наступило вследствие: терроризма, диверсии, саботажа; воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, применения химического или биологического оружия массового поражения; воздействия снарядов, мин, торпед, бомб и иных орудий войны, в т.ч. брошенных (бесхозных); войны, любых военных действий, военных маневров, военных мероприятий, вторжений / нападений, военных учений, гражданской войны, революции, контртеррористических операций, военных операций любого рода, вне зависимости от того, объявлены ли такие события официально или нет, а также объявления военного положения и(или) мобилизации; массовых беспорядков: забастовок, гражданских или народных волнений, восстаний, бунтов, мятежей, локаутов, беспорядков.

2. Обращение по поводу заболеваний/состояний: ВИЧ – инфекции, СПИД, и их осложнений; психических заболеваний и их осложнений, органических психических расстройств (включая симптоматические), алкоголизма, наркомании, токсикомании; туберкулеза, муковисцидоза независимо от клинической формы и стадии процесса; инфекций, передающихся преимущественно половым путем; острых и хронических вирусных гепатитов, за исключением гепатита А; цирроза печени; лучевой болезни; особо опасных инфекционных болезней (натуральной оспы (В034), полиомиелита (А80), тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС) (U04)); заболеваний, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих; иммунодефицитных состояний; злокачественных новообразований; новообразований головного мозга, мозговых оболочек и ганглиев; демиелинизирующих и дегенеративных заболеваний нервной системы, миастении; наследственных заболеваний (хромосомных, моногенных, митохондриальных (болезни, аномалии, нарушения), наследственных болезней обмена, аномалий развития, врожденных пороков, детского церебрального паралича; системных заболеваний соединительной ткани (склеродермии, системной красной волчанки, дерматомиозита, ревматической полимиалгии), ревматоидного артрита, васкулита; заболеваний, послуживших основанием для установления Застрахованному лицу инвалидности 1 или 2 группы (при наличии у Застрахованного лица инвалидности 1 или 2 группы на дату вступления в силу договора страхования); заболеваний, послуживших основанием для установления Застрахованному лицу впервые инвалидности 1 или 2 группы в течение срока действия договора страхования – с даты установления группы инвалидности; хронической почечной и печеночной недостаточности, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения; заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации, аутооттрансплантации, протезирования, за исключением заболеваний, требующих проведения АКШ; катаракты, ронхопатии, апноэ во сне, ожирения.

⁴ Здесь и далее указан код заболевания в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр).

3. Обращение за медицинскими услугами из числа указанных в п. 1.2 Раздела I в случае неисполнения Застрахованным лицом обязательств по возмещению Страховщику части стоимости оказанных медицинских услуг в размере Безусловной франшизы.

4. Обращение за медицинскими и иными услугами, указанными в Разделе I настоящего документа, в течение Временной франшизы – 14 дней с даты начала страхования. Обращение за медицинскими услугами, указанными в п.п. 1.2, 1.3 Раздела I, до истечения 24 часов с момента регистрации в Личном кабинете Застрахованного лица банковской карты.

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. 1.2-1.4. Раздела I, предоставляются Застрахованному лицу, находящемуся на территории Российской Федерации.

РАЗДЕЛ IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

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

2. Для организации предоставления услуг, предусмотренных п.1.1 Раздела I настоящего документа, Застрахованному лицу необходимо зарегистрироваться и идентифицироваться в Личном кабинете Застрахованного лица в мобильном приложении сервиса дистанционных (телемедицинских) онлайн-консультаций.

3. Организация медицинских услуг, предусмотренных п. 1.2 Раздела I, осуществляется по истечении 24 часов с момента регистрации в Личном кабинете Застрахованного лица банковской карты и при отсутствии задолженности Застрахованного лица по оплате Безусловной франшизы. Для записи в медицинскую организацию, законный представитель Застрахованного лица может: обратиться к Страховщику через круглосуточный федеральный медицинский контактный центр по телефону 8-800-250-29-06; самостоятельно обратиться в медицинскую организацию по телефонам, указанным в списке медицинских организаций, представленном в Личном кабинете; самостоятельно, через Личный кабинет Застрахованного лица, произвести запись в медицинскую организацию, в случаях, когда техническая возможность позволяет произвести запись. При обращении в медицинскую организацию законный представитель Застрахованного лица должен предъявить Полис Застрахованного лица и документ, удостоверяющий личность законного представителя Застрахованного лица.

Страховщик оплачивает медицинские услуги из числа предусмотренных п. 1.2 Раздела I, согласно счетам медицинской организации, в полном объеме с последующим возмещением Застрахованным лицом Страховщику той части оплаты медицинских услуг, которая соответствует размеру Безусловной франшизы по договору страхования.

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 указанном периоде событий, имеющих признаки страхового случая	100% страховой премии
2.Отказ от договора добровольного страхования в случае непредоставления, предоставления неполной или недостоверной информации о договоре добровольного страхования при отсутствии в течение срока действия страхования событий, имеющих признаки страхового случая	100% страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование
3.Прекращение договора страхования, если после вступления Полиса в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай	

В иных случаях страховая премия возврату не подлежит.

Возврат страховой премии по п.п. 1, 3 раздела V в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования;

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.



«Доктор Лайк Премиум» для лиц от 1 года до 17 лет: Поликлиника + Телемедицина + Диспансерные осмотры

подготовлен на основании «Правил добровольного медицинского страхования граждан» АО «СОГАЗ» в редакции от 31.01.2023 г. (далее – Правила), размещенных:
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; для филиалов – адреса, указанные 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 указанных в Личном кабинете Застрахованного лица, за организацией и оказанием ему медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС и указанных в п.п. 1.1-1.3 настоящего Раздела, в связи с острым заболеванием (состоянием), обострением хронического заболевания, травмой (в т.ч. ожогом, обморожением), отравлением:
 - 1.1. телемедицинскими услугами (срочными, плановыми);
 - 1.2. консультациями и профессиональными услугами врачей-специалистов; лабораторными и инструментальными исследованиями; физиотерапевтическим и восстановительным лечением; лечебными и диагностическими манипуляциями; динамическим наблюдением за развитием ребенка до 17 лет; оформлением медицинской документации; иммунопрофилактикой: сезонной вакцинацией против гриппа в условиях поликлиники, атирабической и противостолбнячной вакцинацией при травме;
 - 1.3. содействием в организации приема врача профильной специальности, диагностических обследований и лечения при наступлении страхового события; услуги сервиса онлайн-консультаций (хранение истории обращений и письменных рекомендаций врачей).

РАЗДЕЛ II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

1. Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованных лиц по поводу:
 - 5.1. получения любых медицинских услуг, не назначенных врачом, не предусмотренных Программой ДМС;
 - 5.2. получения любых стоматологических медицинских услуг;
 - 5.3. получения любых стационарных медицинских услуг и лечения, а также услуг, проводимых в стационарных условиях, включая стационар одного дня и применение стационарзамещающих технологий;
 - 5.4. приемов, консультаций и манипуляций врачей-специалистов и среднего медицинского персонала по специальности: гериатрия, диабетология, диетология, косметология, пластическая хирургия, профпатология, психиатрия-наркология, психотерапия, сексология, сурдология-оториноларингология и иным, связанным с применением методов нетрадиционной медицины, а также связанных с направлением или проведением медико-социальной экспертизы;
 - 5.5. консультаций и занятий у логопеда, психолога;
 - 5.6. генетических лабораторных исследований;
 - 5.7. получения медицинских услуг, связанные с диагностикой и лечением иммунодефицитных состояний;
 - 5.8. проведения профилактических и оздоровительных мероприятий;
 - 5.9. диспансерного наблюдения (динамического наблюдения, в том числе необходимого обследования) за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями и функциональными расстройствами;
 - 5.10. иммунопрофилактики, кроме сезонной вакцинации против гриппа биопрепаратами отечественного производства в условиях поликлиники, атирабической и противостолбнячной вакцинации при травме;
 - 5.11. диагностики и лечения мужского и женского бесплодия, импотенции; вопросов планирования семьи (включая вопросы контрацепции), введения и удаления (без медицинских показаний) ВМС;
 - 5.12. получения медицинских услуг, связанных с беременностью, за исключением оказания экстренной помощи при угрожающих жизни состояниях;
 - 5.13. проведения: пластических операций, диагностики или лечения с эстетической или косметической целью, или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного лица, включая лечение заболеваний волос, удаление невусов; склеротерапии вен нижних конечностей;
 - 5.14. удаления: кондилом, мозолей, бородавок, папиллом, контагиозных моллюсков;
 - 5.15. коррекции веса;
 - 5.16. диагностических и лечебных мероприятий, связанных с лазерной коррекцией зрения, аппаратными методами лечения в офтальмологии, периферической лазерокоагуляции сетчатки (за исключением случаев, когда диагностирован разрыв сетчатки, отслоение сетчатки);
 - 5.17. проведения любых трансплантаций тканей;
 - 5.18. проведения догоспитальной подготовки и последующего наблюдения по поводу заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации, ауто трансплантации, протезирования;
 - 5.19. установки или коррекции протезов, эндопротезов, имплантов;
 - 5.20. установки металлоконструкций, наборов для остеосинтеза и фиксации, стабилизирующих систем;
 - 5.21. проведения лечебных манипуляций и иных оперативных вмешательств с установкой кардиостимуляторов, стентов, баллонов, проводников и пр. для проведения ангиопластики и стентирования;
 - 5.22. проведения экстракорпоральных методов лечения за исключением случаев, когда они проводятся по жизненным показаниям;

5.23. получения физиотерапевтического лечения: термотерапии, криотерапии, криосауны, надсосудистого и внутрисосудистого лазерного облучения крови (НЛОК и ВЛОК), вибро-и вибровакuum-терапии, лимфодренажа- и прессо- терапии, кавитации, аэроионотерапии, аромафитотерапии, галоаэрозольной терапии, спелеотерапии, нормобарической гипокситерапии, гипербарической и гипобарической баротерапии, бальнеотерапии, гидротерапии (души, ванны, сауна, гидроколонтотерапия), грязелечения, капсулы «Санспектра», озонотерапии, ксенонотерапии, ингаляции гелия, плазмотерапии, фотодинамической терапии (кроме лечения псориаза), тракционных и акватракционных систем;

5.24. проведения традиционной диагностики и терапии, в т.ч. диагностики по методу Фоля, волновой диагностики, спектральной коррекции, гомеопатии, иридодиагностики, аурикулодиагностики, электропунктурной диагностики и терапии энергоинформатикой, биорезонансной, частотно-резонансной и спектрально-динамической технологий, программно-аппаратными комплексами диагностики и реабилитации типа «Senso», гирудотерапии, апитерапии, фитотерапии; традиционных систем оздоровления;

5.25. получения лечения, являющегося по характеру экспериментальным или исследовательским;

5.26. проведения видеокапсульной эндоскопии;

5.27. получения восстановительного аппаратного лечения нарушений двигательной функции костно-мышечной системы аппаратами типа Lokomat, Biodex, Con-Trex, TERGUMED Artromot, Theravital, OPMED и т.п.;

5.28. оформления медицинской документации: посыльных листов на МСЭ; заключений предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования) по форме 003-П/У; санаторно-курортных карт (форма 072/у); справок в бассейн, фитнес-центр, спортивные секции; справок для выезжающих за границу (форма 082/у); справок для получения путевок (форма 070/у);

5.29. выдачи оригиналов и копий амбулаторных карт за исключением случаев, предусмотренных законодательством;

5.30. расходов законного представителя Застрахованного лица на приобретение, в том числе по рецепту лечащего врача, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, ВМС, медицинского оборудования, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, медицинских изделий, предназначенных для ухода за больными и т.п., корректирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений (корсетов, костылей, стелек и др.), а также расходов на их подгонку и коррекцию;

5.31. обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения необходимыми для курсового и/или инъекционного лечения в амбулаторно-поликлинических условиях и условиях дневного стационара;

5.32. получения услуг медицинских и иных после окончания срока страхования;

5.33. получения медицинских и иных услуг в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения;

5.34. получения медицинских и иных услуг, если обращение наступило вследствие: терроризма, диверсии, саботажа; воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, применения химического или биологического оружия массового поражения; воздействия снарядов, мин, торпед, бомб и иных орудий войны, в т.ч. брошенных (бесхозных); войны, любых военных действий, военных маневров, военных мероприятий, вторжений / нападений, военных учений, гражданской войны, революции, контртеррористических операций, военных операций любого рода, вне зависимости от того, объявлены ли такие события официально или нет, а также объявления военного положения и(или) мобилизации; массовых беспорядков: забастовок, гражданских или народных волнений, восстаний, бунтов, мятежей, локаутов, беспорядков.

2. Обращение по поводу заболеваний/состояний: ВИЧ – инфекции, СПИД, и их осложнений; психических заболеваний и их осложнений, органических психических расстройств (включая симптоматические), алкоголизма, наркомании, токсикомании; туберкулеза, муковисцидоза независимо от клинической формы и стадии процесса; инфекций, передающихся преимущественно половым путем; острых и хронических вирусных гепатитов, за исключением гепатита А; цирроза печени; лучевой болезни; особо опасных инфекционных болезней (натуральной оспы (B035), полиомиелита (A80), тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС) (U04)); заболеваний, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих; иммунодефицитных состояний; злокачественных новообразований; новообразований головного мозга, мозговых оболочек и ганглиев; демиелинизирующих и дегенеративных заболеваний нервной системы, миастении; наследственных заболеваний (хромосомных, моногенных, митохондриальных (болезни, аномалии, нарушения), наследственных болезней обмена, аномалий развития, врожденных пороков, детского церебрального паралича; системных заболеваний соединительной ткани (склеродермии, системной красной волчанки, дерматомиозита, ревматической полимиалгии), ревматоидного артрита, васкулита; заболеваний, послуживших основанием для установления Застрахованному лицу инвалидности 1 или 2 группы (при наличии у Застрахованного лица инвалидности 1 или 2 группы на дату вступления в силу договора страхования); заболеваний, послуживших основанием для установления Застрахованному лицу впервые инвалидности 1 или 2 группы в течение срока действия договора страхования – с даты установления группы инвалидности; хронической почечной и печеночной недостаточности, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения; заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации, аутоотрансплантации, протезирования, за исключением заболеваний, требующих проведения АКШ; катаракты, ронхопатии, апноэ во сне, ожирения.

3. Обращение за медицинскими услугами из числа указанных в п. 1.2 Раздела I в случае неисполнения Застрахованным лицом обязательств по возмещению Страховщику части стоимости оказанных медицинских услуг в размере Безусловной франшизы.

4. Обращение за медицинскими и иными услугами, указанными в Разделе I настоящего документа, в течение Временной франшизы – 14 дней с даты начала страхования. Обращение за медицинскими услугами, указанными в п. 1.2 Раздела I, до истечения 24 часов с момента регистрации в Личном кабинете Застрахованного лица банковской карты.

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.

⁵ Здесь и далее указан код заболевания в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр).

Услуги, указанные в п. 1.1 Раздела I, предоставляются Застрахованному лицу, находящемуся на территории Российской Федерации и/или за рубежом. Услуги, указанные в п.п. 1.2, 1.3 Раздела I, предоставляются Застрахованному лицу, находящемуся на территории Российской Федерации.

РАЗДЕЛ IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

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

2. Для организации предоставления услуг, предусмотренных п.1.1 Раздела I настоящего документа, Застрахованному лицу необходимо зарегистрироваться и идентифицироваться в Личном кабинете Застрахованного лица в мобильном приложении сервиса дистанционных (телемедицинских) онлайн-консультаций.

3. Организация медицинских услуг, предусмотренных п. 1.2 Раздела I, осуществляется по истечении 24 часов с момента регистрации в Личном кабинете Застрахованного лица банковской карты и при отсутствии задолженности Застрахованного лица по оплате Безусловной франшизы. Для записи в медицинскую организацию, законный представитель Застрахованного лица может: обратиться к Страховщику через круглосуточный федеральный медицинский контактный центр по телефону 8-800-250-29-06; самостоятельно обратиться в медицинскую организацию по телефонам, указанным в списке медицинских организаций, представленном в Личном кабинете; самостоятельно, через Личный кабинет Застрахованного лица, произвести запись в медицинскую организацию, в случаях, когда техническая возможность позволяет произвести запись. При обращении в медицинскую организацию законный представитель Застрахованного лица должен предъявить Полис Застрахованного лица и документ, удостоверяющий личность законного представителя Застрахованного лица.

Страховщик оплачивает медицинские услуги из числа предусмотренных п. 1.2 Раздела I, согласно счетам медицинской организации, в полном объеме с последующим возмещением Застрахованным лицом Страховщику той части оплаты медицинских услуг, которая соответствует размеру Безусловной франшизы по договору страхования.

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 указанном периоде событий, имеющих признаки страхового случая	100% страховой премии
2.Отказ от договора добровольного страхования в случае непредоставления, предоставления неполной или недостоверной информации о договоре добровольного страхования при отсутствии в течение срока действия страхования событий, имеющих признаки страхового случая	100% страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование
3.Прекращение договора страхования, если после вступления Полиса в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай	

В иных случаях страховая премия возврату не подлежит.

Возврат страховой премии по п.п. 1, 3 раздела V в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования;

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.



«Доктор Лайк Премиум» для лиц от 1 года до 17 лет: Поликлиника + Телемедицина + Стоматология + Диспансерные осмотры

подготовлен на основании «Правил добровольного медицинского страхования граждан» АО «СОГАЗ» в редакции от 31.01.2023 г. (далее – Правила), размещенных:
https://www.sogaz.ru/upload/iblock/61f/gfzmt3213aoon60h7fkwar3j48hzpfj/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, указанные 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 указанных в Личном кабинете Застрахованного лица, за организацией и оказанием ему медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС и указанных в п.п. 1.1-1.4 настоящего Раздела, в связи с острым заболеванием (состоянием), обострением хронического заболевания, травмой (в т.ч. ожогом, обморожением), отравлением:

1.1. телемедицинскими услугами (срочными, плановыми);

1.2. консультациями и профессиональными услугами врачей-специалистов; лабораторными и инструментальными исследованиями; физиотерапевтическим и восстановительным лечением; лечебными и диагностическими манипуляциями; динамическим наблюдением за развитием ребенка до 17 лет; оформлением медицинской документации; иммунопрофилактикой: сезонной вакцинацией против гриппа в условиях поликлиники, атирабической и противостолбнячной вакцинацией при травме;

1.3. Стоматологическим обслуживанием: приемы, консультации, манипуляции врачей-специалистов по стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, пародонтологии; рентгенологические исследования; анестезия; терапевтическая стоматология; хирургическая стоматология; физиотерапевтическое лечение, снятие налетов методом Air Flow, зубопротезирование, обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения на приеме у врача.

1.4. услугами по организации медицинской помощи: содействием в организации приема врача профильной специальности, диагностических обследований и лечения при наступлении страхового события; услуги сервиса онлайн-консультаций (хранение истории обращений и письменных рекомендаций врачей).

РАЗДЕЛ II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

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

6.1. получения любых медицинских услуг, не назначенных врачом, не предусмотренных Программой ДМС;

6.2. получения любых стационарных медицинских услуг и лечения, а также услуг, проводимых в стационарных условиях, включая стационар одного дня и применение стационарзамещающих технологий;

6.3. приемов, консультаций и манипуляций врачей-специалистов и среднего медицинского персонала по специальностям: гериатрия, диабетология, диетология, косметология, пластическая хирургия, профпатология, психиатрия-наркология, психотерапия, сексология, сурдология-оториноларингология и иным, связанным с применением методов нетрадиционной медицины, а также связанных с направлением или проведением медико-социальной экспертизы;

6.4. консультаций и занятий у логопеда, психолога;

6.5. генетических лабораторных исследований;

6.6. получения медицинских услуг, связанные с диагностикой и лечением иммунодефицитных состояний;

6.7. проведения профилактических и оздоровительных мероприятий;

6.8. диспансерного наблюдения (динамического наблюдения, в том числе необходимого обследования) за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями и функциональными расстройствами;

6.9. иммунопрофилактики, кроме сезонной вакцинации против гриппа биопрепаратами отечественного производства в условиях поликлиники, атирабической и противостолбнячной вакцинации при травме;

6.10. диагностики и лечения мужского и женского бесплодия, импотенции; вопросов планирования семьи (включая вопросы контрацепции), введения и удаления (без медицинских показаний) ВМС;

6.11. получения медицинских услуг, связанных с беременностью, за исключением оказания экстренной помощи при угрожающих жизни состояниях;

6.12. проведения: пластических операций, диагностики или лечения с эстетической или косметической целью, или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного лица, включая лечение заболеваний волос, удаление невусов; склеротерапии вен нижних конечностей;

6.13. удаления: кондилом, мозолей, бородавок, папиллом, контагиозных моллюсков;

6.14. коррекции веса;

6.15. диагностических и лечебных мероприятий, связанных с лазерной коррекцией зрения, аппаратными методами лечения в офтальмологии, периферической лазерокоагуляции сетчатки (за исключением случаев, когда диагностирован разрыв сетчатки, отслоение сетчатки);

6.16. проведения любых трансплантаций тканей;

6.17. проведения догоспитальной подготовки и последующего наблюдения по поводу заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации, ауто трансплантации, протезирования;

6.18. установки или коррекции протезов, эндопротезов, имплантов;

6.19. установки металлоконструкций, наборов для остеосинтеза и фиксации, стабилизирующих систем;

6.20. проведения лечебных манипуляций и иных оперативных вмешательств с установкой кардиостимуляторов, стентов, баллонов, проводников и пр. для проведения ангиопластики и стентирования;

6.21. проведения экстракорпоральных методов лечения за исключением случаев, когда они проводятся по жизненным показаниям;

6.22. получения физиотерапевтического лечения: термотерапии, криотерапии, криосауны, надсосудистого и внутрисосудистого лазерного облучения крови (НЛОК и ВЛОК), вибро-и вибровакuum-терапии, лимфодренажа- и прессо-терапии, кавитации, аэроионотерапии, аромафитотерапии, галоаэрозольной терапии, спелеотерапии, нормобарической гипокситерапии, гипербарической и гипобарической баротерапии, бальнеотерапии, гидротерапии (души, ванны, сауна, гидроклонотерапия), грязелечения, капсулы «Санспектра», озонотерапии, ксенонотерапии, ингаляции гелия, плазмотерапии, фотодинамической терапии (кроме лечения псориаза), тракционных и акватракционных систем;

6.23. проведения традиционной диагностики и терапии, в т.ч. диагностики по методу Фоля, волновой диагностики, спектральной коррекции, гомеопатии, иридодиагностики, аурикулодиагностики, электропунктурной диагностики и терапии энергоинформатикой, биорезонансной, частотно-резонансной и спектрально-динамической технологий, программно-аппаратными комплексами диагностики и реабилитации типа «Senso», гирудотерапии, апитерапии, фитотерапии; традиционных систем оздоровления;

6.24. получения лечения, являющегося по характеру экспериментальным или исследовательским;

6.25. проведения видеокапсульной эндоскопии;

6.26. получения восстановительного аппаратного лечения нарушений двигательной функции костно-мышечной системы аппаратами типа Lokomat, Biodex, Con-Trex, TERGUMED Artromot, Theravital, OPMEД и т.п.;

6.27. общего наркоза при оказании стоматологической помощи;

6.28. лечения некариозных поражений зубов; глубокого фторирования зубов; восстановления коронковой части зуба с помощью штифтов;

6.29. зубопротезирования и подготовки к нему (за исключением случаев, предусмотренных Программой), включая перелечивания корневых каналов, удаления кист, удаления и депульпирования зубов и пр. подготовительных работ, имплантации зубов;

6.30. услуг, оказываемых в профилактических и косметических целях: герметизации фиссур, химического, лазерного и другого отбеливания зубов, реставрации зубных рядов, косметического восстановления зубов; замены старых пломб без медицинских показаний;

6.31. оформления медицинской документации: посыльных листов на МСЭ; заключений предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования) по форме 003-П/У; санаторно-курортных карт (форма 072/у); справок в бассейн, фитнес-центр, спортивные секции; справок для выезжающих за границу (форма 082/у); справок для получения путевки (форма 070/у);

6.32. выдачи оригиналов и копий амбулаторных карт за исключением случаев, предусмотренных законодательством;

6.33. расходов законного представителя застрахованного лица на приобретение, в том числе по рецепту лечащего врача, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, ВМС, медицинского оборудования, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, медицинских изделий, предназначенных для ухода за больными и т.п., корректирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений (корсетов, костылей, стелек и др.), а также расходов на их подгонку и коррекцию;

6.34. обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения необходимыми для курсового и/или инъекционного лечения в амбулаторно-поликлинических условиях и условиях дневного стационара;

6.35. получения услуг медицинских и иных после окончания срока страхования;

6.36. получения медицинских и иных услуг в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения;

6.37. получения медицинских и иных услуг, если обращение наступило вследствие: терроризма, диверсии, саботажа; воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, применения химического или биологического оружия массового поражения; воздействия снарядов, мин, торпед, бомб и иных орудий войны, в т.ч. брошенных (бесхозных); войны, любых военных действий, военных маневров, военных мероприятий, вторжений / нападений, военных учений, гражданской войны, революции, контртеррористических операций, военных операций любого рода, вне зависимости от того, объявлены ли такие события официально или нет, а также объявления военного положения и(или) мобилизации; массовых беспорядков: забастовок, гражданских или народных волнений, восстаний, бунтов, мятежей, локаутов, беспорядков.

2. Обращение по поводу заболеваний/состояний: ВИЧ – инфекции, СПИД, и их осложнений; психических заболеваний и их осложнений, органических психических расстройств (включая симптоматические), алкоголизма, наркомании, токсикомании; туберкулеза, муковисцидоза независимо от клинической формы и стадии процесса; инфекций, передающихся преимущественно половым путем; острых и хронических вирусных гепатитов, за исключением гепатита А; цирроза печени; лучевой болезни; особо опасных инфекционных болезней (натуральной оспы (B036), полиомиелита (A80), тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС) (U04)); заболеваний, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих; иммунодефицитных состояний; злокачественных новообразований; новообразований головного мозга, мозговых оболочек и ганглиев; демиелинизирующих и дегенеративных заболеваний нервной системы, миастении; наследственных заболеваний (хромосомных, моногенных, митохондриальных (болезни, аномалии, нарушения), наследственных болезней обмена, аномалиев развития, врожденных пороков, детского церебрального паралича; системных заболеваний соединительной ткани (склеродермии, системной красной волчанки, дерматомиозита, ревматической полимиалгии), ревматоидного артрита, васкулита; заболеваний, послуживших основанием для установления Застрахованному лицу инвалидности 1 или 2 группы (при наличии у Застрахованного лица инвалидности 1 или 2 группы на дату вступления в силу договора страхования); заболеваний, послуживших основанием для установления Застрахованному лицу впервые инвалидности 1 или 2 группы в течение срока действия договора страхования – с даты установления группы инвалидности; хронической почечной и печеночной недостаточности, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения; заболеваний органов и тканей,

⁶ Здесь и далее указан код заболевания в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр).

требующих их трансплантации, аутотрансплантации, протезирования, за исключением заболеваний, требующих проведения АКШ; катаракты, ронхопатии, апноэ во сне, ожирения.

3. Обращение за медицинскими услугами из числа указанных в п. 1.2 Раздела I в случае неисполнения Застрахованным лицом обязательств по возмещению Страховщику части стоимости оказанных медицинских услуг в размере Безусловной франшизы.

4. Обращение за медицинскими и иными услугами, указанными в Разделе I настоящего документа, в течение Временной франшизы – 14 дней с даты начала страхования. Обращение за медицинскими услугами, указанными в п.п. 1.2, 1.3 Раздела I, до истечения 24 часов с момента регистрации в Личном кабинете Застрахованного лица банковской карты.

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. 1.2-1.4. Раздела I, предоставляются Застрахованному лицу, находящемуся на территории Российской Федерации.

РАЗДЕЛ IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

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

2 Для организации предоставления услуг, предусмотренных п.1.1 Раздела I настоящего документа, Застрахованному лицу необходимо зарегистрироваться и идентифицироваться в Личном кабинете Застрахованного лица в мобильном приложении сервиса дистанционных (телемедицинских) онлайн-консультаций.

3. Организация медицинских услуг, предусмотренных п. 1.2 Раздела I, осуществляется по истечении 24 часов с момента регистрации в Личном кабинете Застрахованного лица банковской карты и при отсутствии задолженности Застрахованного лица по оплате Безусловной франшизы. Для записи в медицинскую организацию, законный представитель Застрахованного лица может: обратиться к Страховщику через круглосуточный федеральный медицинский контактный центр по телефону 8-800-250-29-06; самостоятельно обратиться в медицинскую организацию по телефонам, указанным в списке медицинских организаций, представленном в Личном кабинете; самостоятельно, через Личный кабинет Застрахованного лица, произвести запись в медицинскую организацию, в случаях, когда техническая возможность позволяет произвести запись. При обращении в медицинскую организацию законный представитель Застрахованного лица должен предъявить Полис Застрахованного лица и документ, удостоверяющий личность законного представителя Застрахованного лица.

Страховщик оплачивает медицинские услуги из числа предусмотренных п. 1.2 Раздела I, согласно счетам медицинской организации, в полном объеме с последующим возмещением Застрахованным лицом Страховщику той части оплаты медицинских услуг, которая соответствует размеру Безусловной франшизы по договору страхования.

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 указанном периоде событий, имеющих признаки страхового случая	100% страховой премии
2.Отказ от договора добровольного страхования в случае непредоставления, предоставления неполной или недостоверной информации о договоре добровольного страхования при отсутствии в течение срока действия страхования событий, имеющих признаки страхового случая	100% страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование
3.Прекращение договора страхования, если после вступления Полиса в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страхового случая	

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.