

**ПРОГРАММА**  
**добровольного медицинского страхования**  
**«СПУТНИК ЗДОРОВЬЯ» в редакции от 12.02.2021г.**

*Программа добровольного медицинского страхования (далее - Программа) составлена в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования граждан АО «СОГАЗ» в редакции от 22 июля 2019г. (далее – Правила ДМС). Правила ДМС размещены на интернет-странице Страховщика по адресу: [https://www.sogaz.ru/upload/iblock/206/003\\_pravila-dobrovolnogo-meditsinskogo-strakhovaniya-grazhdan-ot-22.07.2019.pdf](https://www.sogaz.ru/upload/iblock/206/003_pravila-dobrovolnogo-meditsinskogo-strakhovaniya-grazhdan-ot-22.07.2019.pdf).*

**1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

- 1.1.** В случае если положения Полиса и настоящий Программы отличаются от положений Правил, применяются положения, изложенные в Полисе и/или в настоящей Программе.
- 1.2. Термины и определения:**
- 1.2.1.** Медицинские организации – имеющие право на законных основаниях осуществлять медицинскую деятельность лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинские и иные услуги, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.
- 1.2.2.** Иные организации - имеющие договорные отношения со Страховщиком организации, которые по поручению Страховщика обеспечивают организацию Застрахованным лицам иных услуг, предусмотренных договором страхования.
- 1.2.3.** Медицинская помощь – первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь, оказываемая в рамках Полиса в соответствии с Программой.
- 1.2.4.** Телемедицинские технологии, Телемедицина – информационные технологии, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами и (или) их законными представителями, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении консилиумов, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента. Полисом предусмотрено оказание медицинских услуг с применением телемедицинских технологий в форме дистанционных (телемедицинских) онлайн-консультаций в порядке, предусмотренном Программой.
- 1.2.5.** Иные услуги – услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи Застрахованному лицу, оказываемые Страховщиком и (или) организацией, действующей по поручению Страховщика, при наступлении страхового случая, в соответствии с п. 2.3 Программы.
- 1.2.6.** Период охлаждения – период времени, установленный Указанием Центрального банка Российской Федерации от 20.11.2015 № 3854-У "О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования" (далее – Указание № 3854-У). В случае отказа Страхователя – физического лица от Полиса в течение периода охлаждения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в порядке, предусмотренном п.п. 8.11-8.15 настоящей Программы. Продолжительность периода охлаждения - 14 (четырнадцать) календарных дней с даты заключения Полиса.
- 1.2.7.** Временная франшиза – период времени равный 14 календарным дням с даты начала срока действия страхования, обусловленного Полисом, в течение которого обращение Застрахованного лица в медицинскую или иную организацию для получения медицинских и иных услуг, не является страховым случаем.
- 1.2.8.** Безусловная франшиза – часть стоимости медицинской услуги, предусмотренной п. 2.2 Программы, которая вычитается из стоимости услуг, подлежащих оплате Страховщиком по Полису. Размер безусловной франшизы указан в п. 12.1.2 Полиса и п. 2.2 настоящей Программы. Порядок применения безусловной франшизы указан в разделе 6 настоящей Программы.
- 1.3.** Объектом медицинского страхования являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованных лиц, связанные с оплатой организации и оказания им медицинских и иных услуг при наступлении страхового случая вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованных лиц, требующего организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их, в объеме, предусмотренном Программой, в порядке и на условиях, указанных в Полисе и Программе.
- 1.4.** По условиям настоящей Программы и Полиса на страхование не принимаются лица:
- 1.4.1.** младше 1 года или старше 61 года включительно на дату начала действия страхования по Полису. Полис заключенный в отношении Застрахованного лица, которому в течение срока действия Полиса исполнится 61 год, продолжает действовать до истечения срока действия Полиса;
- 1.4.2.** находящиеся в местах лишения свободы.
- 1.5.** Лицам, изъявляющим желание заключить Полис в отношении лица, не соответствующего требованиям п. 1.4 Программы, могут быть предложены альтернативные условия страхования после обращения к Страховщику.
- 1.6.** Страховым случаем является:
- 1.6.1.** Обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования по Полису для организации и оказания Застрахованному лицу дистанционных (телемедицинских) онлайн-консультаций, предусмотренных п. 2.1 Программы, по поводу расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих их оказания
- 1.6.2.** Обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования по Полису в медицинскую или иную организацию из числа согласованных Страховщиком для организации и оказания Застрахованному лицу медицинских услуг, предусмотренных п. 2.2 Программы, в медицинскую организацию из числа указанных в списке медицинских организаций в Личном кабинете Застрахованного лица.
- 1.6.3.** Возникновение в течение срока действия страхования по Полису необходимости организации и оказания иных услуг, предусмотренных п. 2.3 Программы, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих их оказания.
- 1.7.** В рамках Программы Страховщик гарантирует Застрахованным лицам при наступлении страхового случая организацию и оплату медицинских и иных услуг, в объеме, предусмотренном настоящей Программой, в медицинских и иных организациях.
- 1.8.** Медицинские и иные услуги:
- 1.8.1.** оказываются Застрахованному лицу при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Полисом и настоящей Программой;
- 1.8.2.** оказываются Застрахованному лицу по медицинским показаниям при остром заболевании (состоянии), обострении хронического заболевания, травме (в том числе ожоге, обморожении) и отравлении.
- 1.9.** Территория оказания услуг.
- 1.9.1.** Медицинские услуги, предусмотренные п. 2.1 Программы, оказываются Застрахованному лицу, находящемуся на территории Российской Федерации и/или за рубежом, медицинскими организациями, находящимися на территории Российской Федерации;
- 1.9.2.** Медицинские услуги, предусмотренные п. 2.2 Программы, оказываются Застрахованному лицу, находящемуся на территории Российской Федерации, медицинскими организациями, находящимися на территории Российской Федерации;
- 1.9.3.** Иные услуги, предусмотренные п. 2.3 Программы, оказываются Застрахованному лицу, находящимся на территории Российской Федерации, медицинскими и иными организациями, находящимися на территории Российской Федерации.

## 2. ОБЪЕМ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЙ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ

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

**2.1. Телемедицинские** онлайн-консультации, проводимые врачами-консультантами медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, а именно:

2.1.1. срочные телемедицинские онлайн-консультации дежурным врачом, с предоставлением письменного заключения и рекомендациями по результатам онлайн-консультации - без ограничений количества консультаций в течение срока действия страхования по Полису;

2.1.2. плановые телемедицинские онлайн-консультации профильного врача-специалиста по предварительной записи с предоставлением письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн-консультации - без ограничений количества консультаций в течение срока действия страхования по Полису.

**2.2. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание** Застрахованного лица (с учетом безусловной франшизы в размере 50% от стоимости оказанных медицинских услуг в медицинских организациях, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, включающее в себя:

2.2.1. Приемы, консультации и манипуляции врачей по специальностям: акушерство и гинекология, аллергология-иммунология, анестезиология и реаниматология, восстановительная медицина, гастроэнтерология, гематология, генетике, дерматовенерология, детская кардиология<sup>1</sup>, детская онкология<sup>1</sup>, детская урология-андрология, детская хирургия<sup>1</sup>, детская эндокринология<sup>1</sup>, инфекционные болезни, кардиология, клиническая микология, колопроктология, лечебная физкультура и спортивная медицина, мануальная терапия, неврология, нейрохирургия, нефрология, общая врачебная практика (семейная медицина), онкология, остеопатия, оториноларингология (в том числе фоноатра), офтальмология, паразитология, психиатрия, педиатрия<sup>1</sup>, пульмонология, рентгенология, ревматология, рефлексотерапия, сердечно-сосудистая хирургия, терапия, токсикология, торакальная хирургия, травматология и ортопедия, трансфузиология, ультразвуковая диагностики, урология, физиотерапия, фтизиатрия, функциональная диагностика, хирургия, челюстно-лицевая хирургия, эндокринология, эндоскопия.

**Ограничения по п. 2.2.1 Программы**

Приемы, консультации и манипуляции врачей по специальностям:	Ограничение объема услуг, предусмотренные в рамках обслуживания по настоящей Программе
Онкология	До установления диагнозов, из числа указанных в разделе 3.1 Программы
Фтизиатрия	До установления диагноза: туберкулез
Психиатрия	Без применения диагностических тестов, однократно, в период действия страхования по Полису

2.2.2. Оформление медицинской документации:

Оформление и выдача сертификата о профилактических прививках (форма 156/у-93)<sup>1</sup>; экспертиза временной нетрудоспособности Застрахованного лица или законного представителя застрахованного лица (при необходимости ухода за Застрахованным лицом) с оформлением листов нетрудоспособности и справок формы 095/у; справки Застрахованному лицу или законному представителю Застрахованного лица и справок Застрахованному лицу<sup>1</sup>; подготовка выписки из медицинской карты по форме 027/у; необходимое обследование с последующим оформлением медицинской документации в ДДУ, школу, среднее профессиональное и высшее учебное заведение<sup>1</sup>, оформление рецептов (за исключением льготных).

2.2.3. Лабораторные исследования: общеклинические (химико-микроскопические и гематологические, включая коагулограмму); биохимические (включая гормональные исследования); иммунологические: определение общих иммуноглобулинов (А, Е, М, G); определение антител к антигенам тканей, их компонентам, секретам, метаболитам, гормонам; исследование противоопухолевого иммунитета (онкомаркеры); исследование антигенной системы эритроцитов; микробиологические (в бактериологии, вирусологии, микологии, паразитологии): макро- и микроскопические, иммуносерологические исследования, молекулярно - биологические методы исследования (методы гибридизации ДНК и РНК, ПЦР), культивирование и идентификация при бактериологических исследованиях; цитологические и гистологические исследования.

**Ограничения по п. 2.2.3 Программы**

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

2.2.4. Инструментальные исследования: функциональная диагностика: электрокардиография (ЭКГ), электроэнцефалография (ЭЭГ), реоэнцефалография (РЕГ), исследование функции внешнего дыхания (спирография), суточное мониторирование артериального давления/ ЭКГ, нагрузочные тесты (велозргометрия, тредмил-тест), миография; ультразвуковая диагностика: УЗИ органов и тканей, эхокардиография (ЭхоКГ), сосудистая доплерография в т.ч. с цветным картированием; рентгенологические и рентген-радиологические исследования, включая компьютерную томографию<sup>2</sup>, позитронно-эмиссионную томографию<sup>2</sup>, радиоизотопные исследования<sup>2</sup>; магнитно-резонансная томографию<sup>2</sup>; эндоскопические исследования.

**Ограничения по п. 2.2.4 Программы**

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

2.2.5. Процедуры, манипуляции и методы лечения:

<sup>1</sup> для Застрахованных лиц в возрасте от 1 до 17 лет включительно на дату начала действия страхования по Полису.

<sup>2</sup> Осуществляется только по направлению Страховщика.

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

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

**Ограничения по п. 2.2.5.2 Программы**

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

2.2.5.3. Лечебные и диагностические манипуляции: инъекции: подкожные, внутривоженные, внутримышечные, внутривенные струйные, внутрисуставные, парабубльбарные; проведение малых хирургических операций в амбулаторных условиях; скарификационные пробы, специфическая иммунная терапия (СИТ), аппаратные методы лечения с использованием радиоволнового, лазерного и ультразвукового оборудования<sup>3</sup>; ударно-волновая терапия.

**Ограничения по п. 2.2.5.3 Программы**

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

2.2.5.4. Иммунопрофилактика:

- вакцинация в соответствии с национальным календарем профилактических прививок;
- сезонная вакцинация против гриппа биопрепаратами отечественного и импортного производства в условиях поликлиники<sup>4</sup>;
- антирабическая и противостолбнячная вакцинация при травме<sup>5</sup>;
- проведение туберкулиновых проб<sup>6</sup>.

2.2.6. Динамическое наблюдение за развитием ребенка до 7 лет врачом-педиатром, средним медицинским персоналом, врачами по специальностям акушерство и гинекология, неврология, травматология-ортопедия, хирургия, оториноларингология, офтальмология, психиатрия, урология, стоматология, лабораторные и инструментальные исследования в соответствии с действующими нормативными актами Министерства Здравоохранения Российской Федерации<sup>6</sup>:

Возрастные периоды, в которые проводятся медицинские осмотры	Осмотры врачами - специалистами	Лабораторные, функциональные и иные исследования
<b>Осмотры и исследования осуществляются в детской поликлинике</b>		
12 месяцев	Педиатр Невролог Детский хирург Оториноларинголог Травматолог-ортопед Офтальмолог	Общий анализ крови Общий анализ мочи Электрокардиография
1 год 3 месяца	Педиатр	
1 год 6 месяцев	Педиатр	
2 года	Педиатр Детский стоматолог Психиатр детский	
3 года	Педиатр Невролог Детский хирург Детский стоматолог Офтальмолог Оториноларинголог Акушер-гинеколог (девочки) Детский уролог-андролог (мальчики)	Общий анализ крови Общий анализ мочи
4 года	Педиатр Детский стоматолог	
5 лет	Педиатр Детский стоматолог	

<sup>3</sup> В амбулаторных условиях – на приеме у врача.

<sup>4</sup> В соответствии с действующим законодательством РФ.

<sup>5</sup> При наличии вакцины в клинике.

<sup>6</sup> для Застрахованных лиц в возрасте от 1 до 17 лет включительно на дату начала действия страхования по Полису.

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

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

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

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

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

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

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

В случае, если диагностическое обследование и лечение, назначенное врачом, предусмотрено п.2.2 Программы и организуется в медицинской организации из числа, предусмотренных Программой, диагностическое обследование и лечение производится в соответствии с п. 2.2 Программы. В случае, если Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица) выбрана организация или диагностические обследования и лечение, не предусмотренные Программой, а также специальность профильного врача не предусмотрены п.2.2 Программы, стоимость консультации врача, диагностических обследований и лечения оплачивается Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица) самостоятельно.

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

### **3. СЛУЧАИ, НЕ ЯВЛЯЮЩИЕСЯ СТРАХОВЫМИ**

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

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

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

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

3.1.4. Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем.

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

3.1.6. Лучевая болезнь.

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

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

Код заболеваний по МКБ-10	Наименование заболеваний
В 20 - В 24	болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)
А 90 - А 99	вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки
В 65 - В 83	гельминтозы
В 16; В 18.0; В 18.1	гепатит В
В 17.1; В 18.2	гепатит С
А 36	дифтерия
А 50 - А 64	инфекции, передающиеся преимущественно половым путем
А 30	лепра
В 50 - В 54	малярия
В 85 - В 89	педикулез, акариаз и другие инфестации
А 24	сап и мелиоидоз

A 22	сибирская язва
A 15 - A 19	туберкулез
A 00	холера
A 20	чума
B 34.2	коронавирусная инфекция (2019-nCoV)

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

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

- 3.2.1. получения любых медицинских услуг, не назначенных врачом и не предусмотренных настоящей Программой;
- 3.2.2. оказания медицинских и иных услуг, произошедшее вне срока действия страхования, и/или в период действия временной франшизы;
- 3.2.3. получения любых стоматологических медицинских услуг;
- 3.2.4. получения любых стационарных медицинских услуг и лечения, а также услуг, проводимых в стационарных условиях, включая стационар одного дня и применение стационарзамещающих технологий;
- 3.2.5. приемов, консультаций и манипуляций врачей-специалистов и среднего медицинского персонала по специальностям: гериатрия, диабетология, диетология, косметология, пластическая хирургия, профпатология, психиатрия-наркология, психотерапия, сексология, сурдология-оториноларингология и иным, связанных с применением методов нетрадиционной медицины, а также связанных с направлением или проведением медико-социальной экспертизы;
- 3.2.6. консультаций и занятий у логопеда, психолога;
- 3.2.7. генетических лабораторных исследований;
- 3.2.8. получения медицинских услуг, связанные с диагностикой и лечением иммунодефицитных состояний;
- 3.2.9. проведения оздоровительных мероприятий;
- 3.2.10. диспансерного наблюдения (динамического наблюдения, в том числе необходимого обследования) за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями из числа указанных в разделе 3 настоящей Программы и функциональными расстройствами;
- 3.2.11. иммунопрофилактика, кроме случаев, предусмотренных Программой;
- 3.2.12. диагностики и лечения мужского и женского бесплодия, импотенции; вопросов планирования семьи (включая вопросы контрацепции), введения и удаления (без медицинских показаний) ВМС;
- 3.2.13. получения медицинских услуг, связанных с беременностью, за исключением оказания экстренной помощи при угрожающих жизни состояниях;
- 3.2.14. проведения: пластических операций, диагностики или лечения с эстетической или косметической целью, или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного лица, включая лечение заболеваний волос, удаление невусов; склеротерапии вен нижних конечностей;
- 3.2.15. удаления: кондилом, мозолей, бородавок, папиллом, контагиозных моллюсков;
- 3.2.16. коррекции веса;
- 3.2.17. диагностических и лечебных мероприятий, связанных с лазерной коррекцией зрения, аппаратными методами лечения в офтальмологии, периферической лазеркоагуляции сетчатки (за исключением случаев, когда диагностирован разрыв сетчатки, отслоение сетчатки);
- 3.2.18. проведения любых трансплантаций тканей;
- 3.2.19. проведения догоспитальной подготовки и последующего наблюдения по поводу заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации, ауто трансплантации, протезирования;
- 3.2.20. установки или коррекции протезов, эндопротезов, имплантов;
- 3.2.21. установки металлоконструкций, наборов для остеосинтеза и фиксации, стабилизирующих систем;
- 3.2.22. проведения лечебных манипуляций и иных оперативных вмешательств с установкой кардиостимуляторов, стентов, баллонов, проводников и пр. для проведения ангиопластики и стентирования;
- 3.2.23. проведения экстракорпоральных методов лечения за исключением случаев, когда они проводятся по жизненным показаниям;
- 3.2.24. получения физиотерапевтического лечения: термотерапии, криотерапии, криосауны, надсосудистого и внутрисосудистого лазерного облечения крови (НЛОК и ВЛОК), вибро-и вибровакуум-терапии, лимфодренажа- и прессио-терапии, кавитации, аэроионотерапии, аромафитотерапии, галоаэрозольной терапии, спелеотерапии, нормобарической гипокситерапии, гипербарической и гипобарической баротерапии, бальнеотерапии, гидротерапии (души, ванны, сауна, гидроколонотерапия), грязелечения, капсулы «Санспектра», озонотерапии, ксенонотерапии, ингаляции гелия, плазмотерапии, фотодинамической терапии (кроме лечения псориаза), тракционных и акваатракционных систем;
- 3.2.25. проведения традиционной диагностики и терапии, в т.ч. диагностики по методу Фоля, волновой диагностики, спектральной коррекции, гомеопатии, иридодиагностики, аурикулодиагностики, электропунктурной диагностики и терапии энергоинформатикой, биорезонансной, частотно-резонансной и спектрально-динамической технологий, программно-аппаратными комплексами диагностики и реабилитации типа «Senso», гирудотерапии, апитерапии, фитотерапии; традиционных систем оздоровления;
- 3.2.26. получения лечения, являющегося по характеру экспериментальным или исследовательским;
- 3.2.27. проведения видеокапсульной эндоскопии;
- 3.2.28. получения восстановительного аппаратного лечения нарушений двигательной функции костно-мышечной системы аппаратами типа Lokomat, Biodex, Con-Trex, TERGUMED Artromot, Theravital, ОРМЕД и т.п.;

- 3.2.29. оформления медицинской документации: посыльных листов на МСЭ; заключений предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования); справок на профессиональную пригодность (форма 086/у); санаторно-курортных карт (форма 072/у8 / 076/у ); справок в бассейн, фитнес-центр, спортивные секции; справок в ГИБДД (форма 083/у8); справок для выезжающих за границу (форма 082/у); справок для получения путевки (форма 070/у); справок на госслужбу по форме 001-Г/С/у8; справок на оружие (форма 046-1) 8;
- 3.2.30. выдачи оригиналов и копий амбулаторных карт за исключением случаев, предусмотренных законодательством;
- 3.2.31. расходов Застрахованного лица (представителя Застрахованного лица) на приобретение, в том числе по рецепту лечащего врача, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, ВМС, 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;
- 3.2.32. обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения необходимыми для курсового и/или инъекционного лечения в амбулаторно-поликлинических условиях и условиях дневного стационара;
- 3.2.33. услуг, оказанных Застрахованному лицу после окончания срока действия страхования по Полису;
- 3.2.34. услуг, предусмотренных Программой, в случае обращения Застрахованных лиц, находящихся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

#### **4. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ ПО ПРОГРАММЕ<sup>7</sup>**

**Для получения медицинских услуг, предусмотренных настоящей Программой:**

- 4.1. Застрахованному лицу (представителю Застрахованного лица) необходимо произвести регистрацию и/или войти в личный кабинет Застрахованного лица в мобильном приложении или на сайте АО «СОГАЗ», доступ к которому осуществляется по ссылке <https://lk.sogaz.ru> (далее Личный кабинет или ЛК), для этого необходимо загрузить и установить на своем мобильном устройстве мобильное приложение Личный кабинет и предоставить согласие Застрахованного лица на обработку персональных данных.
- 4.2. **Для получения телемедицинских онлайн консультаций**, предусмотренных п. 2.1 Программы:
- 4.2.1. Застрахованному лицу (представителю Застрахованного лица) необходимо зарегистрироваться и идентифицироваться в мобильном приложении сервиса телемедицинских онлайн-консультаций (далее мобильное приложение сервиса телемедицинских онлайн-консультаций или сервис онлайн-консультаций), предварительно загрузив и установив его на свое мобильное устройство с помощью Личного кабинета.
- 4.2.2. Вход в Личный кабинет мобильного приложения сервиса телемедицинских онлайн-консультаций осуществляется авторизованным Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица) на основании персональных идентификационных данных, указываемых при входе в Личный кабинет мобильного приложения АО «СОГАЗ».
- 4.2.3. Мобильное приложение сервиса телемедицинских онлайн-консультаций позволяет Застрахованному лицу (представителю Застрахованного лица) в рамках настоящей Программы связываться с врачом, получать устные и письменные консультации, прикреплять и хранить медицинские документы (результаты анализов, медицинские заключения, справки и т.д.).
- 4.2.4. При отсутствии подключения к сети Интернет консультация с врачом по телефону возможна по предварительной заявке через круглосуточный федеральный медицинский контактный центр по телефону 8-800-250-29-06.
- 4.2.5. Для получения услуг, предусмотренных п.п. 2.3.2 и 2.3.3 Программы, Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) оставляет заявку на консультацию с контактами для обратной связи врачу во время телемедицинской онлайн-консультации.
- 4.3. **Для получения медицинских услуг, предусмотренных п. 2.2 Программы (амбулаторно-поликлиническое обслуживание)**, Застрахованному лицу (представителю Застрахованного лица) необходимо:
- 4.3.1. Зарегистрировать в Личном кабинете Застрахованного лица банковскую карту, указав реквизиты банковской карты в системе интернет-эквайринга в целях организации списания денежных средств в размере предусмотренной Полисом Безусловной франшизы, и представить согласие Застрахованного лица (представителя Застрахованного лица) на исполнение обязательств в рамках Программы путем проставления чек-боксов в Личном кабинете Застрахованного лица.
- 4.3.2. Не ранее чем через 24 часа с момента регистрации банковской карты в Личном кабинете Застрахованного лица, в соответствии с п. 4.3.1 настоящей Программы, у Застрахованного лица (представителя Застрахованного лица) появится возможность произвести запись или обратиться в медицинскую организацию, из числа указанных в списке медицинских организаций в Личном кабинете, для получения медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических условиях, предусмотренных п. 2.2 Программы.
- 4.3.3. Для записи в медицинскую организацию, Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) может:
- 4.3.3.1. обратиться к Страховщику через круглосуточный федеральный медицинский контактный центр по телефону 8-800-250-29-06;
- 4.3.3.2. самостоятельно обратиться в медицинскую организацию по телефонам, указанным в списке медицинских организаций, представленном в Личном кабинете;
- 4.3.3.3. самостоятельно, через Личный кабинет Застрахованного лица, произвести запись в медицинскую организацию, в случаях, когда техническая возможность позволяет произвести запись.
- 4.3.4. При возникновении сложностей при самостоятельной записи в медицинскую организацию, Застрахованному лицу (представителю Застрахованного лица) необходимо в соответствии с п. 4.3.3.1 обратиться к Страховщику через круглосуточный федеральный медицинский контактный центр по телефону 8-800-250-29-06.
- 4.3.5. При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) должно предъявить страховой Полис и документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.
- 4.3.6. Медицинские услуги оказываются Застрахованному лицу в режиме работы медицинской организации, в соответствии с ранее произведенной записью на прием или услугу.

#### **5. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

- 5.1. Телемедицинские онлайн-консультации в рамках Программы осуществляются с использованием мобильного устройства Застрахованного лица (представителя Застрахованного лица), с установленным на нем приложением сервиса телемедицинских онлайн-консультаций (в дальнейшем – оборудование), соответствующего следующим техническим требованиям к установленной на нем операционной системе:
- iOS 8.0 или более поздняя версия;
  - Android 4.1 или более поздняя версия.
- 5.2. Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им оборудования. Страховщик и организация, предоставляющая сервис онлайн-консультаций, не несут ответственности за невозможность получения Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица) услуг, возникшей из-за несоответствия оборудования Застрахованного лица (представителя Застрахованного лица) указанным требованиям и/или его неисправности.
- 5.3. Информация о медицинских организациях и врачах, предоставляющих медицинские услуги с использованием телемедицинских технологий, их профессиональном образовании, квалификации размещена на сайте сервиса телемедицинских онлайн-консультаций.
- 5.4. Телемедицинские онлайн-консультации могут оказываться одним из следующих способов, в том числе совместно, по выбору Застрахованного лица (представителя Застрахованного лица):
- с использованием видеосвязи;

<sup>7</sup> При организации медицинской помощи Застрахованному лицу, Страховщик оставляет за собой право в выборе медицинской организации, руководствуясь характером клинической проблемы, состоянием здоровья Застрахованного лица, возможностями медицинских организаций, наличием мест, временными факторами и пр.

- с использованием аудиосвязи;

- путем обмена сообщениями и файлами.

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

**5.6.** Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) во время проведения консультации предоставляет врачу информацию об установленных диагнозах, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, пересылает врачу скан-копии необходимых медицинских документов с использованием сервиса онлайн-консультаций через Личный кабинет Застрахованного лица.

**5.7.** Во время проведения телемедицинской онлайн-консультации, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, врач информирует Застрахованное лицо (представителя Застрахованного лица) о специалистах, к которым следует обратиться Застрахованному лицу для постановки/подтверждения/уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную медицинскую информацию.

**5.8.** Застрахованному лицу (представителю Застрахованного лица) предоставляются телемедицинские онлайн-консультации по всем медицинским вопросам, непосредственно связанным с личностью Застрахованного лица, за исключением:

- вопросов, по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Застрахованным лицом дистанционным способом;

- вопросов, для которых необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров, анализов и пр.) при ее отсутствии.

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

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

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

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

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

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

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

**6.3.** По распоряжению Страховщика производится безакцептное списание средств со счета банковской карты, зарегистрированной в Личном кабинете Застрахованного лица, в размере Безусловной франшизы. В случае регистрации нескольких банковских карт списание производится с первой зарегистрированной банковской карты, а в случае нехватки средств на ней для оплаты Безусловной франшизы в полном объеме – списание в полном объеме производится со следующей банковской карты и т.д.

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

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

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

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

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

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

## **7. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА**

**7.1.** Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон и указывается в п. 8 Полиса.

**7.2.** Размер страховой премии определяется по соглашению сторон Полиса, исходя из размера страховой суммы и степени страхового риска. Страховая премия указывается в п.9 Полиса.

**7.3.** Срок действия страхования по Полису начинается - в соответствии с п. 11.4 Полиса (при отсутствии активации), п. 11.5 Полиса (при наличии активации). Срок страхования заканчивается датой окончания срока действия Полиса.

**7.4.** Полис вступает в силу с даты уплаты Страхователем страховой премии, которая уплачивается одновременно, в полном объеме. Срок действия Полиса – 1 год с 00 часов дня, следующего за датой уплаты страховой премии.

Страхование по Полису распространяется на страховые случаи, произошедшие в течение срока страхования и с учетом временной франшизы (п. 12.1.1 Полиса).

**7.5.** Обязательство Страхователя по уплате страховой премии считается исполненным с даты (момента) уплаты страховой премии. Дата (момент)

уплаты страховой премии определяется в соответствии с п. 3 ст. 16.1 Закона РФ от 07.02.1992 N 2300-1 «О защите прав потребителей».

7.6. В случае неуплаты страховой премии или уплаты страховой премии не в полном объеме при заключении Полиса, Полис не вступает в силу.

## 8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ПОЛИСА

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

8.2. При заключении Полиса Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска). Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в Полисе.

8.3. Если будет установлено, что Полис заключен в пользу Застрахованного лица, указанного в п. 1.4 настоящей Программы, Страховщик вправе потребовать признание Полиса незаключенным. В таком случае Страхователь имеет право на возврат уплаченной страховой премии в полном объеме.

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

8.4.1. Страхователь с целью активации Полиса в отношении Застрахованного лица, иного чем Страхователь, в соответствии с разделом 14 Полиса производит активацию Полиса в отношении данного Застрахованного лица.

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

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

8.5. В случае отсутствия активации, Застрахованным лицом по Полису будет являться Страхователь, указанный в п. 2 Полиса.

8.6. При утрате Страхователем (Застрахованным лицом) страховых документов, указанных в п. 8.1 настоящей Программы, Страхователь должен в письменной форме обратиться к Страховщику для получения дубликата, после чего утраченный экземпляр считается не имеющим юридической силы с момента подачи заявления Страхователя (Застрахованного лица).

8.7. Все заявления и извещения, которые делают друг другу стороны Полиса, должны производиться в соответствии с п. 13.3 Полиса.

8.8. Полис прекращает свое действие в случаях:

8.8.1. исполнения Страховщиком обязательств по Полису в полном объеме.

8.8.2. прекращения действия Полиса по решению суда;

8.8.3. в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

8.9. Полис может быть расторгнут досрочно по соглашению сторон.

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

8.11. При отказе Страхователя от Полиса в течение 14 календарных дней с даты его заключения (Период охлаждения), при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, страховая премия подлежит возврату Страховщиком в полном объеме.

8.12. Для отказа от Полиса с условием возврата страховой премии в соответствии с п. 8.11 настоящей Программы, Страхователю необходимо в течение Периода охлаждения предоставить Страховщику заявление об отказе от Полиса, собственноручно подписанное Страхователем, документ, удостоверяющий личность Страхователя (при обращении в офис), копию документа, удостоверяющего личность Страхователя (при направлении указанного пакета документов Страховщику средствами почтовой связи).

8.13. Документация, предусмотренная п. 8.12 настоящей Программы может быть предоставлена Страхователем путем ее вручения Страховщику (при обращении Страхователя в офисы Страховщика, адреса которых можно узнать на сайте Страховщика по адресу <https://www.sogaz.ru/sogaz/about/filials/>) либо путем отправки через организацию почтовой связи Страховщику.

8.14. Полис прекращает свое действие:

8.14.1. с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Полиса и документации, предусмотренной п. 8.11 настоящей Программы, поданных непосредственно в офис Страховщика;

8.14.2. с даты передачи Страхователем письменного заявления об отказе от Полиса и документации предусмотренной п. 8.11 настоящей Программы, в организацию почтовой связи для доставки в адрес Страховщика.

8.15. Возврат Страховщиком уплаченной страховой премии производится по выбору Страхователя способом (наличными денежными средствами или в порядке безналичных расчетов), указанным Страхователем в заявлении об отказе от Полиса, в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Полиса.

8.16. При отказе Страхователя от Полиса после истечения, установленного Указанием № 3854-У срока Периода охлаждения уплаченная страховая премия в соответствии со ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации не подлежит возврату.

8.17. Полис прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

8.18. Для отказа от Полиса в соответствии с п. 8.17 настоящей Программы Страхователю необходимо предоставить Страховщику заявление об отказе от Полиса, собственноручно подписанное Страхователем, документ, удостоверяющий личность Страхователя (при обращении в офис Страховщика), копию документа, удостоверяющего личность Страхователя (при направлении указанного пакета документов Страховщику средствами почтовой связи).

8.19. Страхование, обусловленное Полисом, заключенным на основании настоящей Программы, прекращается с даты истечения срока действия Полиса.

## 9. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страховщик обязан:

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

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

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

9.3. Страхователь имеет право:

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

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

9.4. Страхователь обязан:

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

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

9.5. Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) обязано:

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

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



9.5.3. - не передавать Полис другим лицам с целью получения ими медицинских услуг, предусмотренных Полисом.

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

## **10. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

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

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

10.3.