

**ПРОГРАММА  
добровольного медицинского страхования  
«ОНКОПОМОЩЬ» в редакции от 06.03.2020г.**

вариант: «БАЗОВЫЙ», «БАЗОВЫЙ РАСШИРЕННЫЙ», «ОПТИМАЛЬНЫЙ», «ПРЕМИУМ».

*Настоящая 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)*

**1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

**1.1.** В рамках настоящей Программы Страховщик гарантирует Застрахованному лицу при наступлении страхового случая организацию и оплату медицинских и иных услуг в объеме, предусмотренном выбранным и указанным в Договоре страхования (Полисе) вариантом настоящей Программы, в медицинских и иных организациях, предусмотренных настоящей Программой;

**1.2.** Медицинские и иные услуги в рамках Программы оказываются Застрахованному лицу только по впервые диагностированным в период срока действия страхования по Договору страхования (Полису) и после окончания предусмотренного Договором страхования (Полисом) периода временной франшизы:

**1.2.1.** злокачественным новообразованиям<sup>1</sup> с кодам С00-С97 по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем в десятом пересмотре (далее – МКБ-10) (за исключением С43 – меланомы (кроме меланомы с инвазией в нормальную ткань), С44 –эпителиальных опухолей кожи (базалиома, плоскоклеточный рак), С91.1 – хронического лимфоцитарного лейкоза и любых новообразований на фоне заболевания ВИЧ (любой стадии)) (далее по тексту Онкологические заболевания);

**1.2.2.** новообразованиям головного мозга<sup>2</sup> с кодами D32, D33.0 – D33.3, D42, D43.0-D43.3 по МКБ-10 (за исключением любых новообразований на фоне заболевания ВИЧ (любой стадии)), Указанные в п.п. 1.2.1 и 1.2.2 Программы злокачественные новообразования и новообразования головного мозга далее по тексту именуется «Заболеваниями».

**1.3.** Медицинские и иные услуги оказываются Застрахованному лицу в медицинских и иных организациях, находящихся на территории:

- Российской Федерации (доступно для всех вариантов Программы);
- Российской Федерации и следующих стран: Израиля<sup>3</sup>, Турции<sup>3</sup>, Южной Кореи<sup>3</sup>, Германии<sup>3</sup> (доступно для варианта Программы «ОПТИМАЛЬНЫЙ»);
- всего мира<sup>3</sup> (доступно для вариант Программы «ПРЕМИУМ»).

**2. ОПИСАНИЕ ПРОГРАММЫ И ЛИМИТЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ**

Программа «ОНКОПОМОЩЬ»	вариант БАЗОВЫЙ	вариант БАЗОВЫЙ РАСШИРЕННЫЙ	вариант ОПТИМАЛЬНЫЙ	вариант ПРЕМИУМ
<b>Общая информация</b>				
2.1. Размер страховой суммы*	3.000.000 руб.	5.000.000 руб.	15.000.000 руб.	25.000.000 руб.
2.2. Лимит на оплату стоимости медицинских услуг в связи с установлением диагноза Ca In Situ *	300 000 руб.	300 000 руб.	300 000 руб.	300 000 руб.
<b>Медицинские услуги, оказываемые в рамках Программы</b>				

<sup>1</sup> Злокачественные новообразования, относящиеся к С00-С97 по МКБ-10, за исключением С43 – меланомы (кроме меланомы с инвазией в нормальную ткань), С44 –эпителиальных опухолей кожи (базалиома, плоскоклеточный рак), С91.1 – хронического лимфоцитарного лейкоза и любых новообразований на фоне заболевания ВИЧ (любой стадии).

Злокачественные новообразования: означает любое злокачественное заболевание, характеризующееся неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, проникающих в ткань различного гистологического типа. Диагноз должен поддерживаться гистологическими или - в случае системных раковых заболеваний - цитологическими доказательствами.

<sup>2</sup> Новообразования, относящиеся к D32, D33.0 – D33.3, D42, D43.0-D43.3 по МКБ-10, за исключением любых новообразований на фоне заболевания ВИЧ (любой стадии).

<sup>3</sup> Не распространяется на п.п. 3.2.8 и 3.3 Программы

2.3. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание	✓	✓	✓	✓
2.4. Стационарное обслуживание, включая стационарозамещающие технологии (дневной стационар)*	✓	✓	✓	✓
	Лимит на оплату стоимости индивидуального медицинского поста (руб. на весь срок действия Договора страхования (Полиса))			
	600 000	600 000	600 000	1 200 000
Организация трансплантации костного мозга доступна для Застрахованного лица после окончания, предусмотренного Договором страхования (Полисом) периода временной франшизы				
2.5. Паллиативная помощь в хосписе (п. 3.2.8 Программы)*	-	Лимит на оплату стоимости услуг, указанных в п. 2.5 Программы, - 480 000 руб. на весь срок действия Договора страхования (Полиса). Оказывается только на территории Российской Федерации		
2.6. Реабилитационно-восстановительное лечение по назначению лечащего врача (п. 3.3 Программы)*	-	Лимит на оплату услуг, указанных в п. 2.6 Программы, - 2100 000 руб. на весь срок действия Договора страхования (Полиса), не более 90 календарных дней по истечении 30 дней от начала периода страхования		
2.7. Медицинская эвакуация (п. 3.5.1. Программы)	✓	✓	✓	✓
2.8. Медицинская эвакуация санитарной авиацией (п. 3.5.2. Программы)	-	-	-	✓
2.9. Обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, необходимыми при выполнении процедур и манипуляций (п. 3.4.1 Программы)*	✓	✓	✓	✓
	Лимит на оплату стоимости имплантов (руб. на весь срок действия Договора страхования (Полиса)):			
	не более 900 000	не более 900 000	не более 900 000	не более 1 800 000
<b>Иные услуги , оказываемые в рамках Программы</b>				
2.10. Обеспечение лекарственными средствами, назначенными врачом медицинской организации (п. 3.4.2 Программы)	✓	✓	✓	✓
2.11. Информационные и консультационные услуги (п. 3.6.1. Программы)	-	✓	✓	✓
2.12. Услуги по транспортировке (п.3.6.2 Программы)	-	✓	✓	✓
2.13. Услуги по организации и предоставлению проживания во время прохождения лечения (п.3.6.4. Программы)	-	✓	✓	✓
2.14. Услуги переводчика (п.3.6.3. Программы)	-	-	✓	✓
2.15. Репатриация тела в случае смерти Застрахованного лица (п. 3.6.5. Программы)*	-	-	✓	✓
			Лимит на оплату стоимости услуг, указанных в п. 2.15 Программы, - не более 400 000 руб. на весь срок действия Договора страхования (Полиса)	
Лимиты на оплату стоимости услуг, указанных в п.п. 2.11 - 2.15 Программы (руб. на весь срок действия Договора страхования (Полиса))*		125 000	600 000	1 200 000

\* Страховые суммы и лимиты ответственности, указанные в разделе 2 настоящей Программы, установлены на весь срок действия Договора страхования (Полиса).

### **3. ОБЪЕМ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЙ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ**

#### **Медицинские услуги:**

**3.1. В случае диагностирования Заболевания впервые в период действия страхования по Договору страхования (Полису) и после окончания предусмотренного Договором страхования (Полисом) периода временной франшизы, амбулаторно-поликлиническое обслуживание включает:<sup>4</sup>**

**3.1.1.** Приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей по специальностям<sup>5</sup>: гинекологии, анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, гематологии, генетике, дерматовенерологии, кардиологии, колопроктологии, неврологии, нейрохирургии, нефрологии, общей врачебной практике (семейной медицине), онкологии, оториноларингологии, офтальмологии, пластической хирургии, пульмонологии, радиологии, рентгенологии, сердечно-сосудистой хирургии, терапии, торакальной хирургии, травматологии-ортопедии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностике, хирургии, челюстно-лицевой хирургии, эндокринологии, эндоскопии;

**3.1.2.** Оформление медицинской документации, предусмотренной действующим законодательством страны, в которой проводится лечение;

**3.1.3.** Лабораторные исследования: общеклинические, биохимические, иммунологические, микробиологические, цитологические, генетические, гистологические исследования;

**3.1.4.** Инструментальные исследования: функциональная и ультразвуковая диагностика, рентгенологические и рентген-радиологические исследования, включая компьютерную томографию, позитронно-эмиссионную томографию, радиоизотопные исследования; магнитно-резонансная томография; эндоскопические исследования;

**3.1.5.** Процедуры, манипуляции и методы лечения:

- лечебные и диагностические манипуляции;
- догоспитальная подготовка<sup>6</sup>.

**3.2. В случае диагностирования Заболевания впервые в период действия страхования по Договору страхования (Полису) и после окончания предусмотренного Договором страхования (Полисом) периода временной франшизы, стационарное обслуживание, в том числе стационарозамещающие технологии (дневной стационар) включает<sup>7</sup>, хоспис.**

**3.2.1.** Приемы, консультации, манипуляции врачей по специальностям: абдоминальной хирургии, гинекологии, анестезиологии и реаниматологии, восстановительной медицине, гастроэнтерологии, гематологии, генетике, диабетологии, кардиологии, колопроктологии, мануальной терапии, неврологии, нейрохирургии, нефрологии, онкологии, оториноларингологии, офтальмологии, пластической хирургии, пульмонологии, радиологии, рентгенологии, рефлексотерапии, сердечно-сосудистой хирургии, терапии, торакальной хирургии, травматологии и ортопедии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, челюстно-лицевой хирургии, эндокринологии, эндоскопии;

**3.2.2.** Оформление медицинской документации, предусмотренной действующим законодательством страны, в которой проводится лечение;

**3.2.3.** Лабораторные исследования: общеклинические, биохимические, иммунологические, микробиологические, цитологические, генетические, гистологические исследования;

**3.2.4.** Инструментальные исследования: функциональная и ультразвуковая диагностика, рентгенологические и рентген-радиологические исследования, включая компьютерную томографию, позитронно-эмиссионную томографию, радиоизотопные исследования; магнитно-резонансная томография; эндоскопические исследования;

**3.2.5.** Процедуры, манипуляции и методы лечения:

- консервативные и оперативные методы лечения (включая необходимые расходные материалы);
- реконструктивно-пластические операции на молочных железах после проведения мастэктомии, назначенной лечащим врачом в рамках настоящей программы страхования, и расходные материалы к ним в пределах лимитов, установленных разделом 2 Программы;

<sup>4</sup> АО «СОГАЗ» оплачивает медицинские услуги, оказанные по поводу тех случаев, которые явились непосредственной причиной направления на лечение в амбулаторно-поликлинических условиях

<sup>5</sup> Наименование специализации врачей определяется медицинской практикой, принятой в стране прохождения лечения.

<sup>6</sup> В зависимости от медицинской практики, принятой в стране прохождения лечения

<sup>7</sup> АО «СОГАЗ» оплачивает медицинские услуги, оказанные по поводу тех случаев, которые явились непосредственной причиной направления на лечение в стационарных условиях (включая стационарозамещающие технологии (дневной стационар))

- трансплантация костного мозга в целях лечения лимфомы или лейкоза (организация трансплантации костного мозга доступна для Застрахованного лица после окончания, предусмотренного Договором страхования (Полисом) периода временной франшизы (180 дней));
- анестезиологические пособия;
- реанимационные мероприятия;
- химиотерапия;
- лучевая терапия;
- физиотерапевтическое лечение.

**3.2.6.** Пребывание в специализированном отделении стационара<sup>8</sup>;

**3.2.7.** Послеоперационный индивидуальный медицинский пост в пределах лимитов, установленных п. 2.4 Программы;

**3.2.8.** Паллиативная помощь в условиях хосписа<sup>9</sup>.

**3.3.** Реабилитационно-восстановительное лечение<sup>10</sup> по назначению лечащего врача, при лечении диагностированного впервые в период срока действия страхования по Договору страхования (Полису) и после окончания предусмотренного Договором страхования (Полисом) периода временной франшизы Заболевания.

**3.3.1.** Организация услуги по реабилитационно-восстановительному лечению доступна для Застрахованного лица не ранее чем после истечения **30 дней** от начала периода страхования, указанного в Договоре страхования (Полисе).

**3.3.2.** Организация реабилитационно-восстановительного лечения осуществляется **в течение 20 рабочих дней** после согласования условий предоставления.

**Медицинские услуги, указанные в п. 3.1.1 - 3.1.5, 3.2.1 – 3.2.7, 3.3 Программы, оказываются с целью:**

- **верификации Диагноза и составления плана лечения (в случае необходимости по медицинским показаниям);**
- **определения/уточнения тактики лечения;**
- **диспансерного / динамического наблюдения, после проведенного лечения (частота и объем которого определяется назначением лечащего врача);**
- **лечения в соответствии с согласованным Страховщиком планом лечения.**

**3.4. Обеспечение, в случае диагностирования Заболевания впервые в период действия страхования по Договору страхования (Полису) и после окончания, предусмотренного Договором страхования (Полисом) периода временной франшизы:**

**3.4.1.** лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, необходимыми и предоставляемыми медицинскими организациями при выполнении процедур и манипуляций (в амбулаторно-поликлинических условиях, стационарных условиях, включая стационарозамещающие технологии и дневной стационар, в хосписе), назначенными лечащим врачом, в случае диагностирования Заболевания впервые в период срока действия страхования по Договору страхования (Полису) и после окончания предусмотренного Договором страхования (Полисом) периода временной франшизы;

**3.4.2.** лекарственными средствами, назначенными врачом медицинской организации на территории Российской Федерации и за ее пределами.

**3.5. Медицинская эвакуация:**

**3.5.1.** В случае диагностирования Заболевания впервые в период срока действия страхования по Договору страхования (Полису) и после окончания предусмотренного Договором страхования (Полисом) периода временной франшизы медицинская эвакуация, включающая услуги по транспортировке Застрахованного лица (медицинская эвакуация наземным транспортом бригадой скорой медицинской помощи) из одной медицинской организации в другую, включая необходимое медицинское сопровождение, если это требуется по состоянию здоровья;

**3.5.2.** Для варианта Программы «ПРЕМИУМ», помимо услуг, указанных в п.3.5.1 Программы, оказываются услуги по транспортировке (медицинской эвакуации авиационным транспортом) из одной медицинской организации в другую, включая необходимое медицинское сопровождение, если это требуется по состоянию здоровья Застрахованного лица.

**Иные услуги:**

**3.6. Услуги, оказываемые застрахованному лицу в рамках настоящей Программы, если это предусмотрено Разделом 2 Программы «Описание Программы и лимиты ответственности»:**

<sup>8</sup> В зависимости от медицинской практики, принятой в медицинской организации, где проводится лечение.

<sup>9</sup> АО «СОГАЗ» организует и оплачивает оказание паллиативной помощи в условиях хосписов только на территории Российской Федерации.

<sup>10</sup> Предоставляется только медицинскими организациями, находящимися на территории Российской Федерации

**3.6.1.** Информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием или организацией медицинской помощи, а именно:

**3.6.1.1.** организация заочной консультации ведущими специалистами в области онкологических заболеваний (повторное заключение о состоянии здоровья Застрахованного лица, вынесенное по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, содержащейся в первом медицинском мнении, которое было изложено врачом-специалистом в истории болезни Застрахованного лица);

**3.6.1.2.** помощь в подготовке медицинской документации для заочной консультации, включая, при необходимости, ее перевод.

**3.6.2.** Услуги по транспортировке, в том числе, по организации проезда (включая оплату авиа- или ж/д билетов экономического класса для вариантов Программы «БАЗОВЫЙ РАСШИРЕННЫЙ» и «ОПТИМАЛЬНЫЙ» и авиа- или ж/д билетов бизнес класса для варианта Программы «ПРЕМИУМ») Застрахованного лица и одного сопровождающего в медицинскую организацию к месту получения медицинской помощи по заболеванию и обратно.

Визовый сбор при этом оплачивается Застрахованным лицом (Страхователем) самостоятельно;

**3.6.3.** Услуги переводчика;

**3.6.4.** Не входящие в состав медицинской услуги, но требующиеся при оказании Застрахованному лицу медицинских услуг, услуги по организации и предоставлению проживания в отеле Застрахованного лица и одного сопровождающего в период проведения лечения (3-4 звезды для вариантов Программы «БАЗОВЫЙ РАСШИРЕННЫЙ» и «ОПТИМАЛЬНЫЙ» и 5 звезд или апартаменты для варианта Программы «ПРЕМИУМ»);

**3.6.5.** Репатриация тела в случае смерти Застрахованного лица в результате Заболевания, если данная смерть произошла непосредственно во время получения Застрахованным лицом медицинских услуг, организованных Страховщиком. Репатриация осуществляется до ближайшего к месту жительства Застрахованного лица международного аэропорта на территории Российской Федерации<sup>11</sup>, при прохождении лечения за ее пределами в пределах лимитов, установленных разделом 2 Программы.

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

**4.1. Перечень заболеваний/состояний, обращение по поводу которых не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком, страховая выплата при установлении которых не производится:**

**4.1.1.** Заболевания и состояния, не указанные в разделе 1 Программы;

**4.1.2.** Заболевания и состояния, указанные в разделе 1 Программы, но диагностированные до вступления в силу Договора страхования (Полиса), до начала срока действия страхования или до окончания периода временной франшизы;

**4.1.3.** Эпителиальные опухоли кожи (базалиома, плоскоклеточный рак) с кодами С44 по МКБ-10;

**4.1.4.** Любые новообразования на фоне заболевания ВИЧ/СПИД;

**4.1.5.** Хронический лимфоцитарный лейкоз с кодом С 91.1 по МКБ-10;

**4.1.6.** Меланома с кодами С43 по МКБ-10, за исключением меланомы с инвазией в нормальную ткань.

**4.2. Услуги, обращение за которыми не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком:**

**4.2.1.** Медицинские услуги, не назначенные врачом;

**4.2.2.** Лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским;

**4.2.3.** Любые медицинские услуги, не предусмотренные настоящей Программой;

**4.2.4.** Паллиативная помощь в условиях хосписов, находящихся за пределами Российской Федерации.

#### **5. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ПО ПРОГРАММЕ**

**5.1.** В каждом конкретном случае Страховщик определяет медицинскую организацию, руководствуясь характером клинической проблемы, возможностями медицинской организации, наличием мест, временными факторами и территорией нахождения медицинской организации и пр.

#### **6. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ ПО ПРОГРАММЕ<sup>12</sup>**

<sup>11</sup> Данная услуга включает в себя подготовку тела (останков) для репатриации, покупку необходимого для перевозки гроба, перевозку останков. Репатриация тела (останков) осуществляется в соответствии с международными стандартами. Данная услуга не включает в себя сопровождение гроба с телом (урны с прахом) во время перевозки, организацию похорон, траурной церемонии, погребения, поминальной трапезы, установки надгробных сооружений, услуги на подготовку тела в соответствии с религиозными обычаями.

<sup>12</sup> При организации медицинской помощи Застрахованному лицу, Страховщик оставляет за собой право в выборе медицинской организации, в том числе не предусмотренной Программой, руководствуясь характером клинической проблемы, состоянием здоровья Застрахованного лица, возможностями медицинских организаций, наличием мест, временными факторами и пр.

**6.1.** При необходимости получения медицинских услуг по Программе ДМС «ОНКОПОМОЩЬ» Застрахованному лицу необходимо обратиться к Страховщику через федеральный круглосуточный медицинский контакт-центр АО «СОГАЗ» по телефону 8-800-250-29-06;

**6.2.** Для подтверждения даты первичного установления диагноза Застрахованное лицо (его законный представитель) должен предоставить Страховщику:

**6.2.1.** Уведомление об установлении Застрахованному лицу предусмотренного разделом 2 Программы диагноза злокачественного новообразования или новообразования головного мозга (далее - Уведомление). Уведомление направляется в письменном виде, в соответствии с предоставляемой Страховщиком формой (Приложение №1 к настоящей Программе), направляемой Застрахованному лицу при его обращении к Страховщику, любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по факсу, по электронной почте, письмом и т.д.).

**К настоящему Уведомлению в обязательном порядке прилагаются** «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» (форма 090/У) или выписка из «Информационно-аналитической системы «Канцер-регистр» или выписка из медицинской документации Застрахованного лица, содержащую, в том числе, информацию о диагнозе заболевания/состояния (по МКБ-10) и дату его установления.

**6.3.** Для организации медицинской помощи Застрахованному лицу необходимо представить Страховщику следующие документы:

6.3.1. Копию Российского / заграничного паспорта;

6.3.2. Копию страхового полиса;

6.3.3. Подписанное Застрахованным лицом (его законным представителем) согласие на обработку персональных данных Застрахованного лица, включая персональные данные специальной категории.

6.3.4. Скан выписки из медицинской документации содержащий:

6.3.4.1. диагноз заболевания/состояния;

6.3.4.2. код диагноза по МКБ-10;

6.3.4.3. анамнез заболевания;

6.3.4.4. рекомендованный план лечения;

6.3.4.5. направление на госпитализацию (для организации стационарной помощи);

6.3.4.6. обоснование необходимости оказания стационарной помощи (для организации стационарной помощи).

6.3.4.7. результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, включая радиологические (диски/описания), патоморфологические исследования (стекла / блоки).

6.3.5. Дополнительно для организации заочной консультации (п. 3.6.1. Программы) Застрахованному лицу необходимо предоставить Страховщику Анкету-опросник (Приложение №2 к настоящей Программе).

При необходимости, с целью организации медицинской помощи, во всех вышеперечисленных случаях, Страховщик имеет право запрашивать другую медицинскую документацию Застрахованного лица, в том числе сведения о ранее проводившихся обследованиях, диспансеризациях, госпитализациях и др.

**6.4.** После получения всей необходимой медицинской документации организация медицинской помощи осуществляется в срок<sup>13</sup>:

**14-ти рабочих дней** - для организации заочной консультации Застрахованного лица.

В сложных случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций, передача заключения Застрахованному лицу может занять до 30 (тридцати) рабочих дней с момента после получения всей необходимой информации;

**от 5-ти до 30<sup>14</sup>-ти рабочих дней** – для организации амбулаторно-поликлинической помощи Застрахованному лицу;

**от 5-ти до 30<sup>15</sup>-ти рабочих дней** – для организации стационарной помощи Застрахованному лицу.

После получения от медицинской организации информации о дате оказания услуг, врач-куратор связывается с Застрахованным лицом (законным представителем Застрахованного лица) и предоставляет ему подробную информацию о медицинской организации, дате консультации/дате прохождения амбулаторно-поликлинического обслуживания/плановой госпитализации и прочую необходимую для получения услуг информацию.

Застрахованное лицо (законный представитель Застрахованного лица) должно строго следовать указаниям, полученным от врача-куратора, сообщать необходимую информацию для организации медицинских и иных услуг.

**6.5.** Реабилитационно-восстановительное лечение проводится с учетом лимитов ответственности, предусмотренных разделом 2 Программы, в медицинской организации соответствующего профиля, выбранной по согласованию с Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица) из перечня медицинских организаций с которыми у Страховщика есть договорные отношения.

6.5.1. Обязательным условием направления Застрахованного лица для получения реабилитационно-восстановительного лечения является наличие у Застрахованного лица:

<sup>13</sup> в зависимости от территории нахождения медицинской организации, в которой будет осуществлено лечение

<sup>14</sup> При необходимости оформления визы

- 6.5.1.1. Заявки на санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение;
  - 6.5.1.2. Медицинской справки из медицинской организации с рекомендацией реабилитационно-восстановительного лечения Застрахованному лицу;
  - 6.5.1.3. Полиса ОМС;
  - 6.5.1.4. Документа, удостоверяющего личность (паспорт гражданина РФ, свидетельство о рождении для ребенка).
- 6.5.2. На основании указанных выше документов оформляется направление на реабилитационно-восстановительное лечение.
- 6.5.3. Если медицинская организация, в которой Застрахованное лицо проходит реабилитационно-восстановительное лечение, не имеет возможности по каким-либо причинам самостоятельно оказывать предусмотренные настоящей Программой медицинские услуги, АО «СОГАЗ» не организует, не оплачивает и не возмещает такие услуги в другой медицинской организации.

**6.6.** Самостоятельная оплата стоимости медицинских и иных услуг, расходных материалов и лекарственных средств, назначенных врачом медицинской организации, **должна в обязательном порядке** быть зафиксирована и согласована со Страховщиком посредством обращения к врачу-куратору. Возмещение стоимости медицинских услуг, изделий медицинского назначения осуществляется только при условии их предварительного согласования со Страховщиком (врачом-куратором Страховщика). Порядок осуществления возмещения определен п.п. 10.3 – 10.5 Правил ДМС.

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

об установлении Застрахованному лицу диагноза злокачественное новообразование или новообразование  
головного мозга

Я *(выбрать нужное)* Застрахованное лицо *(законный представитель Застрахованного лица)* \_\_\_\_\_, настоящим уведомляю Вас о том, что

Ф.И.О.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. в \_\_: \_\_  
дата время

Застрахованному лицу (ФИО полностью):	
постановлен следующий диагноз:	
Произошедшее событие зарегистрировано (название медицинской организации, дата):	

К настоящему Уведомлению прилагаются:

При установлении диагноза злокачественное новообразование (один из перечисленных ниже документов):	Отметить ✓
1. «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» (форма 090/У)	
2. Выписка из «Информационно-аналитической системы «Канцер-регистр».	
3. Выписка из медицинской документации Застрахованного лица, содержащая, в том числе, информацию о диагнозе заболевания/состояния (по МКБ-10) и дату его установления.	

Прошу организовать оказание *(выбрать нужное)* мне/Застрахованному лицу медицинской помощи в соответствии с выбранным при заключении Договора добровольного медицинского страхования № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. вариантом Программы добровольного медицинского страхования «ОНКОПОМОЩЬ» - *(указать наименование варианта Программы ДМС)* «\_\_\_\_\_».

**ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО (законный представитель Застрахованного лица (нужное подчеркнуть):**

\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(Ф.И.О.; подпись)



**АНКЕТА – ОПРОСНИК**

для организации заочной консультации (п. 3.6.1.1. Программы)

**ВАЖНО!** Форма заявления должна быть заполнена **Застрахованным лицом или его законным представителем**

**1. ДАННЫЕ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА**

ФИО (полностью)																					
Дата рождения		Гражданство																			
Место рождения		Контактный телефон																			
Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства:		США:		<input type="checkbox"/>		Да		<input type="checkbox"/>		Нет		Другая страна:		<input type="checkbox"/>		Да		<input type="checkbox"/>		Нет	
Налоговый резидент РФ <sup>15</sup>		<input type="checkbox"/>		Да		<input type="checkbox"/>		Нет		ИНН (при наличии)											
Реквизиты документа, удостоверяющего личность		Наименование _____ Серия _____ № _____ _____ выдан (орган выдачи) _____ Дата выдачи _____ Код подразделения (если имеется): _____																			
Адрес регистрации		Нас. пункт _____, ул. _____, _____, кв. _____, дом _____, корпус/строение _____																			
Адрес фактический (при отличии)		Нас. пункт _____, ул. _____, дом _____, корпус/строение _____, кв. _____																			
Контактный телефон и e-mail																					

**2. ИНФОРМАЦИЯ О СОБЫТИИ**

Медицинский диагноз:	
<input type="checkbox"/> злокачественное новообразование	<input type="checkbox"/> новообразование головного мозга
2.1. Назовите заболевание (первичный диагноз) и укажите дату его установления: _____ _____ _____	
2.2. Получали ли Вы ранее лечение по данному (или связанному с ним) заболеванию? Укажите сроки и детали проводимого ранее лечения: _____ _____	
2.3. Укажите данные Вашего лечащего врача, установившего диагноз, наименование клиники, где был установлен диагноз: _____ _____	
2.4. Причина обращения (здесь Вы также можете сформулировать вопросы эксперту): _____ _____	
<input type="checkbox"/>	уточнение / корректировка текущего диагноза;
<input type="checkbox"/>	уточнение / корректировка текущего плана лечения / медицинской рекомендации

<sup>15</sup> Обратите внимание: заполняется только в отношении иностранных граждан. Налоговыми резидентами РФ признаются физические лица, фактически находящиеся в РФ не менее 183 дней в течение 12 следующих подряд месяцев.

	<input type="checkbox"/> прочее, что именно? <hr/> <hr/> <hr/>
--	---

### 3. СПИСОК ПРИЛАГАЕМЫХ ДОКУМЕНТОВ

№	Наименование документа	Копия	Оригинал
1	Выписка из медицинской карты		
2	Результаты лабораторных исследований		
3	Результаты радиологических исследований (диски / описания)		
4	Патоморфологические исследования (стекла / блоки)		
5	...		
6			
7			
8			
9			
10			

Подписывая настоящую Анкету-опросник (далее - Опросник), Застрахованное лицо (его законный представитель) подтверждает, что целью заполнения настоящего Опросника является его обращение к Страховщику для получения услуги «Заочная консультация» (п. 3.6.1.1 Программы).

Застрахованное лицо (его законный представитель) заявляет, что вся указанная в настоящем Опроснике информация является полной и достоверной, и согласно, что настоящий Опросник является неотъемлемой частью Договора страхования. Застрахованное лицо согласно на использование Страховщиком факсимильного отображения (иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя и печати (в соответствии с пунктом 2 статьи 160 Гражданского кодекса Российской Федерации) для целей исполнения Договора страхования.

Подписывая настоящий Опросник, *(выбрать нужное)* Застрахованное лицо (его законный представитель) ознакомлено с тем, что услуга «Заочная консультация» (п. 3.6.1. Программы) предоставляется, исключительно, на основании информации, которая предоставлена *(выбрать нужное)* Застрахованным лицом (законным представителем Застрахованного лица Страховщику. Она не заменяет личную консультацию и обследование у врача, однако позволяет получить дополнительное независимое компетентное мнение от лучших мировых экспертов для принятия взвешенного решения по дальнейшему лечению. Для этого рекомендуется обсудить результаты полученного заключения с лечащим врачом.

Подпись Застрахованного лица (законного представителя)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

### 4. ДАННЫЕ ДОГОВОРА

ПОЛЕ ЗАПОЛНЯЕТСЯ СТРАХОВЩИКОМ

#### ДОГОВОР

Серия и номер	Дата заключения

Подпись представителя Страховщика \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_