ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

(программа добровольного медицинского страхования (далее - Программа) составлена на условиях, определяемых Правилами добровольного медицинского страхования АО «СОГАЗ» в редакции от 01.02.2023 г. (далее – Правила)

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В рамках настоящей Программы Страховщик гарантирует Застрахованному лицу при наступлении страхового случая организацию[1] и оплату медицинских и иных услуг в объеме, предусмотренном настоящей Программой, в медицинских и иных организациях:

- из числа предусмотренных Договором страхования или согласованных Страховщиком.
- по выбору Страховщика,

в том числе в ведущих научно-исследовательских медицинских организациях.

Медицинские и иные услуги, предусмотренные разделом III настоящей Программы, оказываются Застрахованному лицу по медицинским показаниям при остром заболевании (состоянии), обострении хронического заболевания, травме (в том числе ожоге, обморожении) и отравлении, а также с целью сезонной иммунопрофилактики гриппа.

Территория действия настоящей Программы определяется постоянным местом проживания Застрахованного лица.

Страховые услуги, предусмотренные разделом III настоящей Программы, предоставляются Застрахованному лицу на территории России, при его нахождении вне места постоянного проживания, только при состоянии Застрахованного лица, требующего оказания экстренной/неотложной медицинской помощи (по медицинским показаниям) для устранения угрозы жизни и(или) устранения острой боли.

II. ПРОГРАММА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

2.1. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание

2.1.1. в том числе дистанционные (телемедицинские) онлайн консультации

2.1.2. в том числе специализированную консультационно-диагностическую помощь на базе ведущих научно-исследовательских медицинских организаций

2.2. Помощь на дому

Медицинские и иные услуги, предусмотренные настоящим разделом, представляются на:
- территории постоянного места проживания Застрахованного лица,
- на территории РФ (вне территории места проживания) - при состоянии Застрахованного лица, требующего оказания экстренной/неотложной медицинской помощи (по медицинским показаниям) для устранения угрозы жизни и(или) устранения острой боли.

III. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЙ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ:

3.1. <u>Амбулаторно-поликлиническое обслуживание</u>:

3.1.1. Первичные, повторные, консультативные приемы врачей-специалистов: терапевта, хирурга, гинеколога, отоларинголога, эндокринолога, офтальмолога, дерматолога, кардиолога, травматолога, уролога, проктолога, травматолога, сосудистого хирурга, онколога (до установления диагноза), инфекциониста, пульмонолога, гастроэнтеролога, нефролога и т.д.

Приемы, консультации и манипуляции врачей по:	Ограничение объема услуг, предусмотренные в рамках обслуживания в течение одного страхового года
Онкологии	До установления диагнозов, из числа указанных в п. 6.1.12. Программы
Фтизиатрии	До установления диагноза - туберкулез
Психиатрии	Однократно без применения диагностических тестов

[1] Не является нарушением обязательств со стороны Страховщика непредоставление услуг, предусмотренных Программой страхования, в случае, если оказание таких услуг на территории временного пребывания застрахованного лица невозможно по причинам отсутствия необходимой местной инфраструктуры, территориальной недоступности, действующими на территории временного пребывания ограничениями и особенностями по предоставлению услуг, а также в связи с законодательными и нормативными актами, действующими на территории временного пребывания.

3.1.2. Оформление медицинской документации[2]:
Экспертиза временной нетрудоспособности: выдача листков нетрудоспособности, справки формы 095-у и других справок по медицинским показаниям; оформление рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных категорий.
3.1.3. Лабораторные и инструментальные исследования:
3.1.3.1. Лабораторная диагностика необходимая для обследования, установления диагноза и определения схемы лечения [3]: клинические, биохимические, микробиологические, серологические, гормональные, иммунологические, цитологические исследования, гистологические исследования.

Лабораторные исследования	Ограничение объема услуг в течение одного страхового года
Иммунологические исследования (определение общих иммуноглобулинов (A, E, M, G) и аллергодиагностика	По направлению Страховщика: определение антител к антигенам растительного, животного, химического, лекарственного происхождений; клеткам крови, соединительной ткани; субструктурам клеток; иммуноглобулинам и их фрагментам, метаболитам клеток и их рецепторам в объеме панели до 16 аллергенов - однократно. Исключено: – 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)	2 раза
Иммуносерологические 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	2 раза, не более 5 возбудителей каждый раз

3.1.3.2. Инструментальная диагностика необходимая для обследования, установления диагноза и определения схемы лечения: функциональная диагностика: электрокардиография (ЭКГ), электроэнцефалография (ЭЭГ), рэоэнцефалография (РЭГ), исследование функции внешнего дыхания (спирография), суточное мониторирование артериального давления/ ЭКГ, нагрузочные тесты (велоэргометрия, тредмил-тест), миография; ультразвуковая диагностика: УЗИ органов и тканей, эхокардиография (ЭхоКГ), сосудистая допплерография в т.ч. с цветным картированием; маммография, рентгенологические и рентген-радиологические исследования, включая компьютерную томографию[4], позитронно-эмиссионную томографию[5], радиоизотопные исследования[6]; магнитно-резонансная томография[7]; эндоскопические исследования и т.п.

Инструментальные исследования	Ограничение объема услуг в течение одного страхового года
Позитронно-эмиссионная томография	Однократно, по направлению Страховщика

3.1.4. Процедуры, манипуляции и методы лечения[8]:

[2] Формы справок приведены в соответствии с действующим законодательством РФ.
[3] Исследования в программе указаны согласно Приказу Минздрава РФ от 21.02.2000 N 64 "Об утверждении номенклатуры клинических лабораторных исследований".
[4] Осуществляется только с предварительным согласованием и по направлению Страховщика.
[5] Осуществляется только с предварительным согласованием и по направлению Страховщика.
[6] Осуществляется только с предварительным согласованием и по направлению Страховщика.
[7] Осуществляется только с предварительным согласованием и по направлению Страховщика.
[8] Осуществляется только с предварительным согласованием и по направлению Страховщика.

3.1.4.1. Физиотерапевтическое лечение (в отделении физиотерапии): лазеротерапия, электротерапия, магнитотерапия, светолечение, ультразвуковая терапия, фонофорез, ингаляции.
3.1.4.2. Восстановительное лечение: групповая лечебная физкультура, классический лечебный массаж, классическая корпоральная иглорефлексотерапия, мануальная терапия, остеопатия.

Восстановительное лечение	Ограничение объема услуг в течение одного страхового года
Групповая лечебная физкультура	Не более 10 сеансов
Классический лечебный массаж	В течение одного месяца после окончания госпитализации по поводу сочетанной травмы, произошедшей в течение срока страхования – без ограничения по сеансам и по массажным единицам. В остальных случаях - не более 10 сеансов (не более трех массажных единиц за сеанс)
Классическая корпоральная иглорефлексотерапия	Не более 10 процедур
Мануальная терапия	Не более 10 процедур
Остеопатия	Не более 10 процедур

3.1.4.3. Лечебные и диагностические манипуляции: инъекции: подкожные, внутрикожные, внутримышечные, внутривенные струйные, внутрисуставные, парабульбарные; проведение малых хирургических операций в амбулаторных условиях (с использованием местной анестезии); скарификационные пробы, специфическая иммунная терапия (СИТ), аппаратные методы лечения с использованием радиоволнового, лазерного и ультразвукового оборудования[9]; ударно-волновая терапия.

Лечебные и диагностические манипуляции	Ограничение объема услуг в течение одного страхового года
Специфическая иммунная терапия (СИТ)	1 курс (не более 3 аллергенов) включая оплату лекарственных средств парентерального введения
Аппаратные методы лечения с использованием радиоволнового, лазерного и ультразвукового оборудования[10];	1 курс (не более 5 процедур) врачом каждой специальности
Ударно-волновая терапия	Не более 5 процедур
Удаление единичных невусов, кондилом, папиллом	Не более 3 (трех) образований

3.1.4.4. Иммунопрофилактика: сезонная иммунопрофилактика в условиях поликлиники[11], антирабическая[12], противостолбнячная вакцинация при травме с оплатой лекарственных средств.
3.1.5. Обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения:

3.1.5.1. Обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения необходимыми:
- при оказании экстренной медицинской помощи;
- при выполнении процедур и манипуляций на приеме у врача при предоставлении их медицинской организацией[13];
- при проведении малых хирургических операций в амбулаторно-поликлинических условиях и в условиях дневного стационара при предоставлении их медицинской организацией[14].

3.1.6. Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации, проводимые профильными врачами-консультантами:
3.1.6.1. Срочные дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации круглосуточной службой дежурных врачей-педиатров/терапевтов в ближайший по расписанию доступный временной слот, на которые записалось Застрахованное лицо с предоставлением письменного заключения с рекомендациями по результатам такой консультации.

[9] На приеме у врача.
[10] На приеме у врача.
[11] В соответствии с действующим законодательством РФ.
[12] При наличии вакцины в клинике.
[13] С учетом пункта 4.2.14 и 4.2.15 Программы.
[14] С учетом пункта 4.2.14 и 4.2.15 Программы.

3.1.6.2. Плановые онлайн-консультации (по предварительной записи) врача-педиатра/терапевта или профильного врача-консультанта по предварительной записи в доступный по расписанию временной слот: предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн-консультации.

3.2. Помощь на дому[15] в пределах административных границ Новосибирска, Бердска и Искитима:

3.2.1. Оказание медицинской помощи врачом-терапевтом / врачом общей врачебной практики (семейной медицины).

3.2.2. Снятие ЭКГ по назначению врача по медицинским показаниям при невозможности посещения медицинской организации.

3.2.3. Забор материала для лабораторных исследований по медицинским показаниям и по назначению врача при острых инфекционных заболеваниях при невозможности посещения медицинской организации по эпидемиологическим показаниям (за исключением исследования кала на дисбактериоз и содержание углеводов).

3.2.4. Экспертиза временной нетрудоспособности.

IV. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ:

4.1. Не является страховым случаем обращение за медицинской помощью по поводу заболеваний/состояний:

4.1.1. психических расстройств и расстройств поведения, в том числе алкоголизма, наркомании, токсикомании и их осложнения, включая связанные с ними, а также с употреблением алкоголя, наркотических и других опьяняющих веществ заболевания и травмы; последствий умышленного причинения Застрахованным себе вреда, включая попытку самоубийства;

4.1.2. эпилепсии, демиелинизирующих, дегенеративных и атрофических заболеваний нервной системы, ронхопатии; кондуктивной и нейросенсорной потери слуха;

4.1.3. расстройств питания и нарушений обмена веществ, их осложнений, метаболического синдрома, сахарного диабета 1 и 2 типа (кроме услуг, указанных в настоящей Программе страхования);

4.1.4. системных поражений соединительной ткани;

4.1.5. хориоретинальных дистрофий, макулодистрофии, амблиопии, болезней хрусталика;

4.1.6. саркоидоза (кроме услуг, предусмотренных Программой); экземы, нейродерматита, атопического дерматита, псориаза, себореи, ксероза, ихтиоза, генерализованных, глубоких микозов, онихомикозов;

4.1.7. заболеваний, сопровождающихся хронической почечной и печеночной недостаточностью; неспецифического язвенного колита, болезни Крона;

4.1.8. профессиональных заболеваний;

4.1.9. беременности и родов, связанных с ними состояний, в том числе, осложненного течения беременности, осложнений родов (кроме случаев, предусмотренных настоящей Программой); бесплодия; импотенции, эректильной дисфункции;

4.1.10. заболеваний, вызванных вирусом иммунодефицита человека, включая СПИД;

4.1.11. хронических гепатитов, вирусных гепатитов и их осложнений (кроме гепатита А), цирроза, фиброза печени;

4.1.12. всех внутричерепных новообразований; злокачественных новообразований, новообразований in situ;

4.1.13. заболеваний, требующих трансплантации, имплантации, протезирования;

4.1.14. врожденных аномалий, пороков развития;

4.1.15. деформирующих дорсопатий (кроме обострения остеохондроза), пяточной шпоры, вальгусной или варусной деформации конечностей, всех форм плоскостопия (в том числе с болевым синдромом); первичного генерализованного остеоартроза;

---

[15] Помощь на дому оказывается Застрахованному лицу, который по состоянию здоровья, характеру заболевания не может посетить медицинскую организацию и нуждается в наблюдении врача. К помощи на дому не относится наблюдение за больными, нуждающимися в патронажном уходе по поводу заболеваний и состояний, сопровождающихся полной или частичной потерей способности больного к самообслуживанию и самостоятельному отправлению физиологических потребностей.

4.1.16. заболеваний, включенных в утверждаемый органами власти перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих;

4.1.17. заболеваний, травм, увечий, полученных в результате террористических актов, противоправных деяний самого Застрахованного, участия в несанкционированных митингах, демонстрациях, беспорядках или военных действиях, во время стихийных бедствий, при обращении с оружием, в том числе нелетальным.

4.2. Не относятся к страховому случаю и не подлежат оплате следующие услуги/виды помощи/ материалы:

4.2.1. услуги, оплата которых прямо не предусмотрена настоящей Программой, оказанные без согласования со Страховщиком;

4.2.2. оказание услуг в условиях дневного стационара и пребывание в дневном стационаре, если Программой не предусмотрена плановая госпитализация (кроме предусмотренных настоящей Программой); осмотры врачами-специалистами на дому и оказание услуг на дому без медицинских показаний;

4.2.3. услуги, оказанные без медицинских показаний, по желанию Застрахованного, не назначенные врачом; услуги, не согласованные со Страховщиком в случаях, когда такое согласование является обязательным; услуги, оказанные без направления Страховщика, когда такое направление предусмотрено настоящей Программой;

4.2.4. эндоваскулярные методы диагностики и лечения (кроме предусмотренных настоящей Программой), радиочастотная абляция, электрофизиологическое исследование;

4.2.5. нейрохирургические вмешательства в плановой форме при дорсопатиях;

4.2.6. исследования с помощью радионуклидов и методы радиационной терапии (кроме предусмотренных настоящей Программы), видеокапсула; позитронно-эмиссионная томография; подготовка к плановой госпитализации; исследования иммунологического статуса, исследование гуморального иммунитета, интерферонового статуса.

4.2.7. экстракорпоральное воздействие на кровь (кроме случаев, указанных в настоящей Программы), внутривенная озонотерапия, гипо-, нормо- и гипербарическая оксигенация (кроме случаев с угрозой жизни); криотерапия; лечение климатическими воздействиями (кроме услуг, прямо предусмотренных настоящей Программы);

4.2.8. механотерапия, лечебная физкультура с использованием тренажеров, тракционная терапия, вытяжение позвоночника, общая мануальная терапия; аппаратный массаж; занятия в бассейне; электросон, гипноз; бальнеологическое лечение; коррекция веса;

4.2.9. услуги, оказанные с оздоровительной, профилактической (кроме специально предусмотренных настоящей Программой случаев), косметической целью; гомеопатия, традиционные, народные методы диагностики и лечения, гирудотерапия, фитотерапия, галотерапия (спелеотерапия), энергоинформатика; диагностика по методу Фоля; диагностика и лечение с использованием экспериментальных, авторских методик; оздоровительные капсулы (в т.ч. альфа-капсула); гидроколонотерапия; биорезонансная терапия; курсовое лечения по поводу хронических заболеваний с использованием аппаратных комплексов, в том числе в офтальмологии; коррекция речи;

4.2.10. медицинская реабилитация;

4.2.11. все виды протезирования, трансплантации, имплантации, ортопедические, ортодонтические вмешательства (кроме услуг прямо предусмотренных настоящей Программой); пластическая хирургия; плановые реконструктивно-восстановительные операции (в том числе наложение анастомозов, шунтов); лазерная хирургия глаз (кроме операций по поводу травм глаза), плановые офтальмологические операции; использование хирургического лазера в гинекологии, оториноларингологии;

4.2.12. лечение заболеваний волос (в том числе алопеции), удаление папиллом, бородавок, моллюсков, невусов, мозолей, кондилом, атером, липом, халязиона, акне, а также устранение косметических дефектов, в том числе в целях улучшения психологического состояния Застрахованного;

4.2.13. вакцинация, профилактические прививки (кроме серопрофилактики столбняка, профилактики бешенства и иных услуг, специально предусмотренных настоящей Программой), специфическая иммунотерапия;

4.2.14. услуги по планированию семьи (в том числе выявление TORCH-инфекций), услуги, связанные с контрацепцией, искусственное оплодотворение, ведение беременности (кроме случаев, предусмотренных настоящей Программой), все виды родовспоможения, прерывание беременности (кроме случаев прерывания при угрозе жизни), бактериологические исследования при диагностике инфекций,

передающихся преимущественно половым путем, услуги, оказанные по поводу заболеваний, передающихся преимущественно половым путем (кроме услуг прямо предусмотренных настоящей Программой)); удаление наботиевых кист; фотодинамическая терапия; генетические исследования / ДНК–диагностика;

4.2.14. лекарственные препараты при оказании услуг в амбулаторных условиях (кроме применения контраста при лучевой диагностике); медицинские изделия (все виды имплантатов; протезы, эндопротезы, в том числе искусственные хрусталики), а также их ремонт, настройка / адаптация; средства ухода за больными, костыли;

4.2.15. подбор контактных линз, сложных очков; обследование, проводимое с целью оформления справок (кроме справок, выдача которых предусмотрена настоящей Программой), направлений на МСЭК, медицинских книжек, санаторно-курортной карты, разрешения на ношение оружия, выезда за границу, поступления в учебные заведения (кроме услуг, предусмотренных настоящей Программы);

4.2.16. немедицинские услуги, услуги, оказанные с целью попечительского ухода, сервисные услуги, оказанные с целью предоставления дополнительного комфорта: улучшенное размещение, в том числе в одноместных, двухместных, трехместных палатах, если иное не предусмотрено настоящей Программы, организация индивидуального поста, предоставление в палате дополнительных удобств, технических средств и медицинских изделий, не являющихся необходимыми в соответствии с медицинскими показаниями; связанные с оказанием медицинской помощи и любых услуг вне территории РФ;

4.2.16. санаторно-курортное лечение; диспансерное наблюдение, динамическое наблюдение: осмотры, обследование по поводу заболеваний в стадии ремиссии, компенсации; высокотехнологичная медицинская помощь.

4.2.16. заболевания, перечисленные в п.6.1, а также наличие инвалидности по любым заболеваниям: если установлено, что договор страхования заключен в отношении лиц, имеющих данные заболевания и/или инвалидность, а также при первичном выявлении названных заболеваний или установлении Застрахованному инвалидности в течение срока действия договора страхования, то услуги по вышеуказанным заболеваниям, в том числе явившимся причиной инвалидности, их последствия и осложнения будут исключены из страхового покрытия.

4.2.17. если срок действия договора закончился, а лечение по острому текущему заболеванию Застрахованного не завершено, Страховщик берет на себя расходы на оплату медицинских услуг: консультации лечащего врача по основному заболеванию до окончания острого периода.

4.3. В соответствии со ст. 964 Гражданского кодекса Российской Федерации Страховщик освобождается от обязанности производить оплату медицинских и(или) иных услуг, если обращение за предоставлением данных услуг наступило вследствие:

- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

- военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

- гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

VI. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПО ПРОГРАММЕ:[16]

По всем вопросам, связанным с организацией и предоставлением медицинской помощи, Застрахованному лицу необходимо обратиться к Страховщику через федеральный круглосуточный медицинский контакт-центр АО «СОГАЗ» по телефону
8 (800) 333-44-19

также в рабочие дни с 09:00 до 18:00 (в пятницу с 09:00 до 16:45) можно обратиться в Новосибирский филиал АО «СОГАЗ»
врач-куратор Матвиенко Елена Викторовна
врач-куратор Ефремова Нина Анатольевна
моб. 8-913-777-86-13 (sms, WA) эл. почта dms_nsk@sogaz.ru

[16] При организации медицинской помощи Застрахованному лицу, Страховщик оставляет за собой право в выборе медицинской организации, в том числе не предусмотренной разделом V, руководствуясь характером клинической проблемы, состоянием здоровья Застрахованного лица, возможностями медицинских организаций, наличием мест, временными факторами и пр.

Для получения медицинских услуг, в отношении которых предусмотрена безусловная франшиза, Застрахованному лицу необходимо зарегистрироваться в Личном кабинете в соответствии с Разделом 7 Программы.

6.1. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание:

1. При необходимости получения медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях Застрахованное лицо самостоятельно обращается:

- напрямую в регистратуру медицинской организации, предусмотренную Программой. Медицинские услуги оказываются в режиме работы медицинской организации.
- для получения гарантийного письма - на федеральный круглосуточный медицинский контакт-центр АО «СОГАЗ» по телефону **8 (800) 333-44-19** либо на эл. почту **dms_nsk@sogaz.ru**;

2. При обращении **в медицинскую организацию** Застрахованное лицо должно предъявить документ, удостоверяющий личность.

3. При необходимости получения **помощи на дому:**

- вызов врача осуществляется по телефону регистратуры медицинской организации.

Помощь на дому оказывается в административных границах города Новосибирска, Бердска и Искитима и в часы работы, определенные медицинской организацией и Программой[17].

6.2. Экстренная и неотложная медицинская помощь на территории Российской Федерации:

При необходимости получения экстренной медицинской помощи в момент нахождения вне места постоянного проживания, Застрахованное лицо обращается на федеральный круглосуточный медицинский контакт-центр АО «СОГАЗ» по телефону 8 (800) 333-44-19.

6.3. Застрахованное лицо также обращается на федеральный круглосуточный медицинский контакт-центр АО «СОГАЗ» по телефону 8 (800) 333-44-19:

- для организации оказания специализированной консультационно-диагностической помощи на базе ведущих научно-исследовательских медицинских организаций
- при невозможности получения рекомендованных врачом медицинских услуг в медицинской организации, в которой проводится лечение;
- при возникновении любых сложностей при получении медицинских услуг в медицинской организации (медицинская организация не оказывает медицинские услуги по причине отсутствия Застрахованного лица в списках, отсутствии гарантийного письма, в случае необоснованного отказа в оказании медицинских услуг входящих в программу, в случае требования дополнительной платы за медицинские услугии, отказе вызова врача на дом и пр.).

6.4. Телемедицинские онлайн консультации:

6.4.1. Для получения услуг, предусмотренных Программой, Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) должен скачать на свое мобильное устройство приложение Страховщика с AppStore «Здоровье и страхование» или Google Play «СОГАЗ – здоровье и страхование» (далее по тексту – Приложение). Зарегистрироваться в мобильном приложении.

6.4.2. После регистрации и идентификации в личном кабинете в Приложении (далее – Личный кабинет), Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лиц) переходит в Личный кабинет Застрахованного лица, в котором есть раздел «телемедицинские консультации», зайдя в который Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) может самостоятельно осуществлять запись на дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации, связываться с врачом, получать устные и письменные консультации, прикреплять и хранить медицинские документы (результаты анализов, медицинские заключения, справки и т.д.).

6.4.3. Связь Застрахованного лица (представителя Застрахованного лица) с врачом-терапевтом/педиатром при срочной консультации осуществляется следующим образом:

- Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) через Личный кабинет самостоятельно осуществляет запись на срочную консультацию на ближайший доступный для записи временно слот через Приложение;
- во время получения консультации Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) имеет возможность, используя Приложение, показать врачу медицинскую документацию, в том числе загрузить новый документ;

[17] Вызов врача-терапевта на дом осуществляется до 12:00.

- по результатам онлайн-консультации врач направляет через Приложение письменное заключение со всеми рекомендациями, которые он дал Застрахованному лицу (представителю Застрахованного лица).

6.4.4. Связь Застрахованного лица (представителя Застрахованного лица) при плановой онлайн-консультации с врачом-педиатром/терапевтом или профильным врачом-консультантом осуществляется следующим образом:

- Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) заблаговременно самостоятельно осуществляет запись на онлайн-консультации и определяет дату и время консультации исходя из доступных для записи временных слотов приема выбранного врача, указанных в Личном кабинете Застрахованного лица;
- во время проведения консультации Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) имеет возможность показать врачу необходимую медицинскую документацию через Приложение, в том числе загрузить новый документ в Приложение;
- Если Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) произвело запись на плановую онлайн-консультацию, но не воспользовалось ей или заранее (не менее чем за 12 часов до консультации) не отменило ее, плановая онлайн-консультация считается оказанной;
- услуги, предусмотренные Программой, оказываются Застрахованному лицу (представителю Застрахованного лица) в режиме работы медицинской организации, в соответствии с ранее произведенной записью на прием.

6.4.5. В случае угрозы жизни Застрахованного лица и необходимости получения им экстренной медицинской помощи, Застрахованному лицу (представителю Застрахованного лица) необходимо самостоятельно связаться со службами скорой медицинской помощи.

6.5. Условия предоставления телемедицинских онлайн консультаций:

6.5.1. Телемедицинские онлайн-консультации в рамках настоящей Программы осуществляются с использованием мобильного телефона/смартфона (в дальнейшем – оборудование), – которое должно соответствовать техническим требованиям (раздел 6.6. настоящей Программы).

6.5.2. Телемедицинские онлайн-консультации могут оказываться одним из следующих способов, в том числе совместно, по выбору Застрахованного лица (представителя Застрахованного лица):

- с использованием видеосвязи;
- с использованием аудиосвязи;
- путем обмена сообщениями и файлами.

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

6.5.4. 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 Приложения Застрахованного лица.

6.5.5. Во время проведения телемедицинской 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 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.

6.5.6. 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.

6.5.7. По результатам дистанционной телемедицинской онлайн-консультации врачом составляется письменная рекомендация (заключение) для Застрахованного лица, которая размещается и хранится в Приложении.

6.5.8. Услуги дистанционных (телемедицинских) онлайн-консультаций оказываются врачами, сотрудниками медицинских организаций, с соблюдением норм действующего законодательства и с учетом специфики оказания дистанционных услуг.

6.6. Технические характеристики оборудования и программное обеспечение для телемедицинских онлайн консультаций:

6.6.1. Телемедицинские онлайн-консультации в рамках настоящей Программы осуществляются с использованием мобильного устройства Застрахованного лица (представителя Застрахованного лица),

соответствующего следующим техническим характеристикам к установленной на нем операционной системе:

- iOS 8.0 или более поздняя версия;
- Android 7.0 или более поздняя версия;

При заказе консультации по телефону:

- телефон, номер которого указан при регистрации.

6.6.2. Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) самостоятельно отвечает за соответствие указанным характеристикам используемого им оборудования. Страховщик, организация, предоставляющая сервис онлайн-консультаций, медицинская организация не несут ответственности за невозможность получения Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица) услуг, предусмотренных Программой, возникшую из-за несоответствия оборудования Застрахованного лица (представителя Застрахованного лица) указанным характеристикам и(или) его неисправности.

VII. ИСПОЛНЕНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ПО ОПЛАТЕ БЕЗУСЛОВНОЙ ФРАНШИЗЫ

7.1. Застрахованному лицу (представителю Застрахованного лица) необходимо произвести регистрацию и/или войти в личный кабинет Застрахованного лица в мобильном приложении СОГАЗ «Здоровье и страхование» или «СОГАЗ – здоровье и страхование» (далее Личный кабинет или ЛК) или на сайте АО «СОГАЗ» по ссылке https://lk.sogaz.ru. При регистрации в Личном кабинете оформляется согласие Застрахованного лица на обработку персональных данных по форме Приложения № 5 к Договору в виде проставления чек-боксов.

7.2. Для получения медицинских услуг, в отношении которых предусмотрена безусловная франшиза, Застрахованному лицу (представителю Застрахованного лица) необходимо:

7.2.1. 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 Договором безусловной франшизы и предоставить согласие Застрахованного лица на исполнение обязательств в рамках Программы с франшизой, по форме Приложения № 8 к Договору путем проставления чек-боксов в Личном кабинете.

7.2.2. Не ранее чем через 24 часа с момента регистрации банковской карты в Личном кабинете Застрахованного лица, в соответствии с п. 7.2.1 настоящей Программы, у Застрахованного лица (представителя Застрахованного лица) появится возможность произвести запись через федеральный круглосуточный медицинский контакт-центр АО «СОГАЗ» или обратиться в медицинские организации, которые указаны в Программе, для получения медицинских и иных услуг.

7.3. Страховщик посредством Личного кабинета Застрахованного лица предоставляет Застрахованному лицу информацию о медицинских услугах, организованных и предоставленных Застрахованному лицу по Программе, стоимость которых Застрахованному лицу (представителю Застрахованного лица) требуется возместить Страховщику в размере безусловной франшизы предусмотренной Договором.

7.4. Безусловная франшиза – часть стоимости медицинской или иной услуги, которая вычитается из стоимости услуг, подлежащих оплате Страховщиком по Договору.

Страховщик оплачивает медицинские услуги согласно счетам медицинского учреждения, в полном объеме с последующим возмещением Застрахованным лицом Страховщику той части оплаты медицинских услуг, которая соответствует размеру безусловной франшизы по Договору и указана в Разделе 5 Программы.

7.5. Возмещение Страховщику части стоимости оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг в размере безусловной франшизы в процентах от стоимости оказанных медицинских услуг осуществляется путем безакцептного списания денежных средств со счета банковской карты (далее – банковская карта), зарегистрированной Застрахованным лицом в Личном кабинете Застрахованного лица (в системе интернет-эквайринга) в мобильном приложении или на сайте АО «СОГАЗ» , доступ к которому осуществляется по ссылке https://lk.sogaz.ru.

7.6. 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 карты, а в случае нехватки средств на ней для оплаты безусловной франшизы в полном объеме – списание в полном объеме производится со следующей зарегистрированной банковской карты и т.д.

7.7.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.

7.8. В течение 10 календарных дней со дня получения от Страховщика первичного уведомления Застрахованное лицо 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.

7.9. 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) обязано обеспечить наличие необходимых средств в течение 5 календарных дней после направления Страховщиком повторного уведомления.

7.10. 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 момента направления повторного уведомления Застрахованному лицу (представителю Застрахованного лица) оказание медицинских услуг Застрахованному лицу (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). Если срок действия Договора 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 (при оплате которых предусмотрена безусловная франшиза) возобновляется с 10-го календарного дня с даты погашения задолженности в полном объеме.

7.11. При неисполнении Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица) обязательств по возмещению Страховщику части стоимости оказанных медицинских услуг при организации медицинской помощи в медицинских учреждениях, по которым предусмотрена безусловная франшиза, Страховщик вправе обратиться в суд в целях взыскания указанной в уведомлении суммы и суммы образовавшейся задолженности.