Приложение №1

### к Руководству по заключению договоров

### комплексного личного страхования

### на случай злокачественных заболеваний

### («ОНКОПОМОЩЬ»)

### ПРОГРАММА

**добровольного медицинского страхования**

**ОНКОПОМОЩЬ**

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

*(программа добровольного медицинского страхования (далее - Программа) составлена в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования АО «СОГАЗ» в редакции от 28 января 2015г. (далее – Правила ДМС)*

1. **ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

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

**1.2.** Медицинские и иные услуги в рамках Программы оказываются Застрахованному лицу при злокачественных новообразованиях[[1]](#footnote-1), новообразованиях головного мозга[[2]](#footnote-2), впервые установленных в течение срока действия Договора и в период страхования, определенный Договором.

**1.3.** По соглашению сторон 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[[3]](#footnote-3), Турции[[4]](#footnote-4), Южной Кореи[[5]](#footnote-5), Германии[[6]](#footnote-6) (доступно для варианта Программы «ОПТИМАЛЬНЫЙ»)
* всего мира[[7]](#footnote-7) (доступно для вариант Программы «ПРЕМИУМ»)

1. **ОПИСАНИЕ ПРОГРАММЫ И ЛИМИТЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Объем страхового покрытия** | **ОНКОПОМОЩЬ вариант БАЗОВЫЙ** | **ОНКОПОМОЩЬ вариант**  **БАЗОВЫЙ РАСШИРЕННЫЙ** | **ОНКОПОМОЩЬ вариант**  **ОПТИМАЛЬНЫЙ** | **ОНКОПОМОЩЬ вариант**  **ПРЕМИУМ** |
| **Медицинские услуги** | | | | |
| Размер страховой суммы | 3.000.000 ₽ | 5.000.000 ₽ | 15.000.000 ₽ | 25.000.000 ₽ |
| Лимит на медицинские услуги по диагнозу Сa In Situ | 300 000 ₽ | 300 000 ₽ | 300 000 ₽ | 300 000 ₽ |
| Амбулаторно-поликлиническое обслуживание | **✓** | **✓** | **✓** | **✓** |
| Стационарное обслуживание, включая стационарозамещающие технологии (дневной стационар) | **✓**  лимит на индивидуальный медицинский пост  600 000 ₽ в год  Организация услуги по трансплантации костного мозга доступна для Застрахованного лица по истечении 180 дней от начала периода страхования. | **✓**  лимит на индивидуальный медицинский пост  600 000 ₽ в год  Организация услуги по трансплантации костного мозга доступна для Застрахованного лица по истечении 180 дней от начала периода страхования. | **✓**  лимит на индивидуальный медицинский пост  600 000 ₽ в год  Организация услуги по трансплантации костного мозга доступна для Застрахованного лица по истечении 180 дней от начала периода страхования. | **✓**  лимит на индивидуальный медицинский пост  1 200 000 ₽ в год  Организация услуги по трансплантации костного мозга доступна для Застрахованного лица по истечении 180 дней от начала периода страхования. |
| Обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, необходимыми при выполнении процедур и манипуляций (п. 3.3. Программы) | **✓**  стоимость имплантов на сумму не более  900 000 ₽ в год на страховой случай | **✓**  стоимость имплантов на сумму не более  900 000 ₽ в год на страховой случай | **✓**  стоимость имплантов на сумму не более  900 000 ₽ в год на страховой случай | **✓**  стоимость имплантов на сумму не более  1 800 000 ₽ в год на страховой случай |
| Медицинская эвакуация (п. 3.5. Программы) | **✓** | **✓** | **✓** | **✓** |
| Обеспечение лекарственными средствами, назначенными врачом медицинской организации (п. 3.4. Программы) | **✓** | **✓** | **✓** | **✓** |
| Реабилитационно-восстановительное лечение по назначению лечащего врача | **-** | Лимит 2 100 000 ₽ в год  не более 90 календарных дней  по истечении 30 дней от начала периода страхования | Лимит 2 100 000 ₽ в год  не более 90 календарных дней  по истечении 30 дней от начала периода страхования | Лимит 2 100 000 ₽ в год  не более 90 календарных дней  по истечении 30 дней от начала периода страхования |
| Хоспис | **-** | Лимит 480 000 ₽ в год  на территории РФ | Лимит 480 000 ₽ в год  на территории РФ | Лимит 480 000 ₽ в год  на территории РФ |
| **Дополнительные услуги** | | | | |
|  |  | лимит  125 000 ₽ в год | лимит  600 000 ₽ в год | лимит  1 200 000 ₽ в год |
| Информационные и консультационные услуги (п. 3.6.1. Программы) | **-** | **✓** | **✓** | **✓** |
| Услуги по транспортировке (п.3.6.2 Программы) | **-** | **✓** | **✓** | **✓** |
| Услуги по организации и предоставлению проживания во время прохождения лечения (п.3.6.4. Программы) | **-** | **✓** | **✓** | **✓** |
| Услуги переводчика (п.3.6.3. Программы) | - | - | **✓** | **✓** |
| Репатриация тела в случае смерти Застрахованного лица (п. 3.6.5. Программы) | - | - | **✓**  на сумму не более 400 000 ₽ | **✓**  на сумму не более 400 000 ₽ |
|  |  |  |  |  |

1. **ОБЪЕМ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЙ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ**

**3.1. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание[[8]](#footnote-8)**

**3.1.1.** Приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей по[[9]](#footnote-9): 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 исследования, 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.** Услуги, указанные в п. 3.1.1.-3.1.4., 3.1.6. Программы, проводимые с целью определения/уточнения установленного диагноза, определения/уточнения тактики лечения;

**3.1.6** Процедуры, манипуляции и методы лечения:

* лечебные и диагностические манипуляции;
* догоспитальная подготовка[[10]](#footnote-10).

**3.1.7**. Реабилитационно-восстановительное лечение по назначению лечащего врача.

**3.1.8.** Услуги, указанные в п. 3.1.1.-3.1.4., 3.1.6. Программы, проводимые в рамках диспансерного / динамического наблюдения, после проведенного лечения (частота и объем которого определяется назначением лечащего врача).

**3.2. Стационарное обслуживание, включая стационарозамещающие технологии (дневной стационар)[[11]](#footnote-11), хоспис.**

**3.2.1.** Приемы, консультации, манипуляции врачей по: 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 II Программы;
* трансплантация костного мозга в целях лечения лимфомы или лейкоза;

**Внимание!!!** Организация услуги по трансплантации костного мозга доступна для Застрахованного лица по истечении **180 дней** от начала периода страхования.

* анестезиологические пособия;
* реанимационные мероприятия;
* химиотерапия;
* лучевая терапия;
* физиотерапевтическое лечение.

**3.2.6.** Пребывание в специализированном отделении стационара[[12]](#footnote-12).

**3.2.7.** Послеоперационный индивидуальный медицинский пост в пределах лимитов, установленных разделом II Программы.

**3.2.8.** Реабилитационно-восстановительное лечение по назначению лечащего врача.

**Внимание!!!** Организация услуги по реабилитационно-восстановительному лечению доступна для Застрахованного лица по истечении **30 дней** от начала периода страхования.

**3.2.7.** Паллиативная помощь в условиях хосписа**[[13]](#footnote-13)**.

**3.3. Обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, необходимыми при выполнении процедур и манипуляций**

**3.3.1.** Обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения при предоставлении их медицинской организацией, необходимыми при выполнении процедур и манипуляций в амбулаторно-поликлинических условиях, в стационарных условиях, включая стационарозамещающие технологии (дневной стационар) и хосписе.

**3.4. Обеспечение лекарственными средствами, назначенными врачом медицинской организации на территории РФ и за ее пределами.**

**3.5. Медицинская эвакуация**

**3.5.1.** Услуги по транспортировке (медицинская эвакуация наземным транспортом бригадой скорой медицинской помощи) из одной медицинской организации в другую, включая необходимое медицинское сопровождение, если это требуется по состоянию здоровья Застрахованного лица;

**3.5.2.** Дополнительно **(только для варианта Программы «ПРЕМИУМ»)** услуги по транспортировке (медицинская эвакуация авиационным транспортом) из одной медицинской организации в другую, включая необходимое медицинское сопровождение, если это требуется по состоянию здоровья Застрахованного лица.

**3.6. Дополнительные услуги, оказываемые застрахованному лицу в рамках настоящей Программы, если это предусмотрено Разделом II «Описание Программы»:**

**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;

**ВНИМАНИЕ!!!** Визовый сбор 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 злокачественного новообразования[[14]](#footnote-14) или новообразования головного мозга[[15]](#footnote-15), 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 РФ[[16]](#footnote-16), при прохождении лечения за ее пределами в пределах лимитов, установленных разделом II Программы.

**IV. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ**

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

**4.1.1.** Заболевания и состояния не указанные в разделе I.

**4.1.2.** Заболевания и состояния, указанные в разделе I, но установленные до вступления договора в силу и до начала периода страхования.

**4.1.3.** Эпителиальные опухоли кожи (базалиома, плоскоклеточный рак).

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

**4.1.5**. Хронический лимфоцитарный лейкоз.

**4.2. Услуги, обращение за которыми не является застрахованным 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.

**V. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ПО ПРОГРАММЕ**

В каждом конкретном случае Страховщик определяет медицинскую организацию, руководствуясь характером клинической проблемы, возможностями медицинской организации и территорией нахождения медицинской организации.

**На территории Российской Федерации:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование** | **Адрес** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**За пределами территории Российской Федерации:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование** | **Адрес** |
|  |  |
|  |  |

Иные клиники, с которыми у АО «СОГАЗ» есть договорные отношения.

**VI. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ ПО ПРОГРАММЕ[[17]](#footnote-17)**

**6.1.** При необходимости получения медицинских услуг по программе «ОНКОПОМОЩЬ» застрахованному лицу необходимо обратиться к врачу-куратору договора:

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*по телефону +7(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.*

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

**6.2.1.** Уведомление об установлении Застрахованному лицу диагноза злокачественное новообразование или новообразование головного мозга (далее - Уведомление). Уведомление направляется в письменном виде, в соответствии с установленной Страховщиком формой (Приложение №1 к настоящей Программе), любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по факсу, по электронной почте, письмом и т.д.).

**К настоящему Уведомлению в обязательном порядке прилагаются:**

**6.2.1.1.** при злокачественных новообразованиях – «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» (форма 090/У) или выписку из «Информационно-аналитической системы «Канцер-регистр». Указанные медицинские документы можно запросить в онкологическом диспансере;

**6.2.2.** при новообразованиях головного мозга - выписку 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:

* Копию Российского / заграничного паспорта;
* Копию страхового полиса;
* Подписанное Застрахованным лицом (его законным представителем) согласие на обработку персональных данных Застрахованного лица, включая персональные данные специальной категории.
* Скан выписки из медицинской документации содержащий:
* диагноз заболевания/состояния;
* код диагноза по МКБ-10;
* анамнез заболевания;
* рекомендованный план лечения;
* направление на госпитализацию (для организации стационарной помощи);
* обоснование необходимости оказания стационарной помощи (для организации стационарной помощи).
* результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, включая радиологические (диски/описания), патоморфологические исследования (стекла / блоки);
* 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 качественной 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 течение[[18]](#footnote-18):

**14-ти рабочих дней -** организация заочной консультации. 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[[19]](#footnote-19)-ти рабочих дней** – амбулаторно-поликлиническая помощь

**от 5-ти до 30[[20]](#footnote-20)-ти рабочих дней** – стационарная помощь

После получения от медицинской организации информации о дате оказания услуг, врач–куратор связывается с Застрахованным лицом и предоставляет ему подробную информацию о медицинской организации, дате консультации/плановой госпитализации и прочую необходимую для получения услуг информацию.

Застрахованное лицо должно строго следовать указаниям, полученным от врача-куратора, сообщать необходимую информацию для организации медицинских и иных услуг.

Приложение №1 к Программе

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

об установлении Застрахованному лицу диагноза злокачественное новообразование или новообразование головного мозга

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Настоящим уведомляем Вас о том, что | «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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) |  |
| 1. Выписка из «Информационно-аналитической системы «Канцер-регистр». |  |
| При установлении диагноза новообразование головного мозга: |  |
| 1. 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 мне медицинской помощи в соответствии с выбранным при заключении Договора добровольного медицинского страхования №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. вариантом Программы добровольного медицинского страхования «ОНКОПОМОЩЬ».

**СТРАХОВАТЕЛЬ / ЗАСТРАХОВАННЫЙ** (нужное подчеркнуть):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

(подпись)

Приложение №2 к Программе

**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: |  | ☐ Да |  | ☐ Нет | Другая страна: |  | ☐ Да |  | ☐ Нет |
| Налоговый резидент РФ[[21]](#footnote-21) | |  | ☐ Да |  | ☐ Нет | **ИНН (при наличии)** | | | |  | | | | | | |
| **Реквизиты документа, удостоверяющего личность** | Наименование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан (орган выдачи) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Код подразделения (если имеется): \_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Адрес регистрации** | Нас. пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ул.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дом\_\_\_\_\_\_\_, корпус/строение \_\_\_\_, кв. \_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Адрес фактический (при отличии)** | Нас. пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ул.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дом\_\_\_\_\_\_\_, корпус/строение \_\_\_\_, кв. \_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Контактный телефон и e-mail** | | |  | | | | | | | | | | | | | |

**2. ИНФОРМАЦИЯ О СОБЫТИИ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Медицинская сфера: | | |
| ☐злокачественное новообразование | | ☐ 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 или клиники, установившие диагноз:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 2.4. Причина обращения (здесь Вы также можете сформулировать вопросы эксперту): | | |
|  | ☐ уточнение / корректировка текущего диагноза; | |
|  | ☐ уточнение / корректировка текущего плана лечения / медицинской рекомендации | |
|  | ☐ прочее, что именно?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

**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 обращения к Страховщику является получение услуги «Заочная консультация» (п. 3.6.1. Программы).

Застрахованное лицо (его законный представитель) заявляет, что вся указанная в данном Опроснике информация является полной и достоверной, и согласно, что данный 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, Застрахованное лицо (его законный представитель) ознакомлено с тем, что услуга «Заочная консультация» (п. 3.6.1. Программы) основана исключительно на информации, которая предоставлена 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** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Злокачественные новообразования, относящиеся к C00-C97 по МКБ-10, за исключением С44 –эпителиальных опухолей кожи (базалиома, плоскоклеточный рак), C91.1 – 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. [↑](#footnote-ref-1)
2. 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). [↑](#footnote-ref-2)
3. Не распространяется на п. 3.2.7. программы [↑](#footnote-ref-3)
4. Не распространяется на п. 3.2.7. программы [↑](#footnote-ref-4)
5. Не распространяется на п. 3.2.7. программы [↑](#footnote-ref-5)
6. Не распространяется на п. 3.2.7. программы [↑](#footnote-ref-6)
7. Не распространяется на п. 3.2.7. программы [↑](#footnote-ref-7)
8. АО «СОГАЗ» оплачивает медицинские услуги, оказанные по поводу тех случаев, которые явились непосредственной причиной направления на лечение в амбулаторно-поликлинических условиях [↑](#footnote-ref-8)
9. Наименование специализации врачей определяется медицинской практикой, принятой в стране прохождения лечения [↑](#footnote-ref-9)
10. В зависимости от медицинской практики, принятой в стране прохождения лечения [↑](#footnote-ref-10)
11. 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) [↑](#footnote-ref-11)
12. В зависимости от медицинской практики, принятой в медицинской организации, где проводится лечение. [↑](#footnote-ref-12)
13. АО «СОГАЗ» организовывает и оплачивает оказание паллиативной помощи в условиях хосписов только на территории Российской Федерации. [↑](#footnote-ref-13)
14. Злокачественные новообразования, относящиеся к C00-C97 по МКБ-10, за исключением С44 –эпителиальных опухолей кожи (базалиома, плоскоклеточный рак) и любых новообразований на фоне заболевания ВИЧ (любой стадии). [↑](#footnote-ref-14)
15. 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). [↑](#footnote-ref-15)
16. 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. [↑](#footnote-ref-16)
17. 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. [↑](#footnote-ref-17)
18. в зависимости от территории нахождения медицинской организации, в которой будет осуществлено лечение [↑](#footnote-ref-18)
19. При необходимости оформления визы [↑](#footnote-ref-19)
20. При необходимости оформления визы [↑](#footnote-ref-20)
21. 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. [↑](#footnote-ref-21)