|  |  |
| --- | --- |
| **Данные электронной подписи**  Владелец: Уральская Марина Николаевна  Организация: АО "СОГАЗ", 7736035485 997950001  Подписано: 20.05.2022 09:52 (МСК)  **Данные сертификата**  Серийный номер: 03FA4C8E008BAE3F8E44BC2648D1970890  Срок действия: 04.05.2022 11:33 (МСК) - 06.05.2023 16:56 (МСК)  Издатель сертификата: АО "ПФ "СКБ Контур" | **Данные электронной подписи**  Владелец: Новикова Владислава Вячеславовна  Организация: СПБГУТ, 7808004760 784001001  Подписано: 23.05.2022 17:33 (МСК)  **Данные сертификата**  Серийный номер: 70E382AE0000000288AA  Срок действия: 14.04.2022 16:48 (МСК) - 14.04.2023 16:58 (МСК)  Издатель сертификата: ООО "АйтиКом" |
| **Документ подписан электронной подписью** | **Документ подписан электронной подписью** |
| **Номер договора**: 2022.72842  **Место подписания**: Электронная площадка www.rts-tender.ru  **Реестровый номер закупки**: 32211318671 | |

**ДОГОВОР № 2022.72842**

г. Санкт-Петербург « 23 » мая 2022г.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет телекоммуникаций им. проф. М.А. Бонч-Бруевича» (СПбГУТ)**, именуемое в дальнейшем «Страхователь», в лице начальника административно-кадрового управления Новиковой Владиславы Вячеславовны, действующего на основании доверенности от 06.06.2022 №35, с одной стороны, и **Акционерное общество «Страховое общество газовой промышленности»,** именуемое в дальнейшем «Страховщик», в лице директора Санкт-Петербургского филиала Уральской Марины Николаевны, действующего на основании доверенности от 22.04.2022 № Ф-334/22, совместно именуемые в дальнейшем «Стороны», на основании Протокола рассмотрения и оценки заявок на участие в конкурсе от 11.05.2022 № 2366754 заключили Договор (далее – Договор) о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Предметом настоящего Договора является страхование по программе «Добровольное медицинское страхование» (ДМС) сотрудников Страхователя (далее – услуги) согласно ТЗ (Приложение №1).

1.2. По настоящему Договору Страховщик при наступлении страхового случая и в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования – (Приложение № 2 к Договору) (далее – «Правила страхования»), принимает на себя оплату медицинских и иных услуг, оказываемых гражданам – сотрудникам Страхователя (далее – «Застрахованным лицам»), включенным в представленные Страхователем Список застрахованных лиц – (Приложение № 3 к Договору), а Страхователь обязуется уплатить (уплачивать) страховые взносы в соответствии с разделом 2 настоящего Договора.

1.3. Страховым случаем по Договору является обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение и оказание ему медицинских услуг, в период действия Договора, перечисленных в Программе добровольного страхования (Приложение № 4 к настоящему Договору), повлекшее за собой предъявление медицинским учреждением Страховщику счета на оплату медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу в соответствии с Программой.

1.4. Застрахованными лицами по настоящему Договору считаются лица, указанные в Списке застрахованных лиц (Приложение №3 к Договору), в котором должны быть указаны следующие сведения о застрахованных лицах: фамилия, имя, отчество, год рождения, пол, место жительства каждого из них. Список застрахованных лиц передаётся Страхователем Страховщику при подписании Договора.

1.5. Страхователь вправе произвести замену Застрахованных лиц в течение срока действия настоящего Договора без доплаты страховой премии, в том случае, если суммарный размер выплат по исключаемому Застрахованному лицу составляет сумму менее фактически поступившей страховой премии по полису исключаемого Застрахованного лица.

В случае замены Застрахованных лиц или уменьшения количества Застрахованных лиц, стороны подписывают Дополнительное соглашение, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Страхователь предоставляет в письменном виде Страховщику сведения о таких лицах не чаще одного раза в месяц.

1.6. Объем, качество и виды медицинских и иных услуг, оказываемые Застрахованным лицам, определяются Правилами страхования, страховой Программой (Программами) добровольного медицинского страхования (Приложение № 4) к настоящему Договору.

1.7. Предусмотренные Программой (Программами) добровольного медицинского страхования (Приложением № 4 к Договору) медицинские услуги предоставляются медицинскими учреждениями (лечебно-профилактическими учреждениями, научно-исследовательскими и медицинскими институтами, другими учреждениями, оказывающими медицинскую помощь) согласно Списку учреждений, в которых будет осуществляться обслуживание застрахованных лиц - (Приложение № 5 к Договору), имеющими соответствующую лицензию. Страховщик по требованию Страхователя обязан предоставить в 3-дневный срок копию Договора с медицинским учреждением.

1.8. Допускается включение Страховщиком в перечень ЛПУ других медицинских организаций более высокой ценовой категории с применением безусловной франшизы в размере не более 10% от суммы лечения, уплачиваемой Застрахованным лицом.

1.9. Страховщик контролирует объем, сроки и качество медицинской и лечебно-профилактической помощи (медицинских и иных услуг), а также защищает интересы застрахованных лиц.

1.10. Страховщик выдает каждому Застрахованному лицу (непосредственно или через Страхователя) страховой медицинский полис (далее именуемый «Страховой полис») с приложением Памятки застрахованному лицу в течение 5 (пяти) дней с момента подписания Договора.

**2. УСЛОВИЯ, НА КОТОРЫХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ СТРАХОВАНИЕ**

2.1. Общая численность Застрахованных лиц на дату заключения Договора определяется Списком застрахованных лиц (Приложение № 3 к Договору) и составляет 942 (девятьсот сорок два) человека.

2.2. Страховая премия на одно Застрахованное лицо по Программе ДМС составляет: 17 198 (семнадцать тысяч сто девяносто восемь) руб. 00 коп.,

2.3. Общая страховая премия по настоящему Договору определяется исходя из численности Застрахованных лиц и страховой премии на одно застрахованное лицо с учетом Программы ДМС и составляет: 16 200 516 (шестнадцать миллионов двести тысяч пятьсот шестнадцать) руб. 00 коп. Источник финансирования Договора - приносящая доход деятельность.

2.4. Страховая премия уплачивается путем перечисления денежных средств банковским переводом на расчетный счет Страховщика на основании выставленного счета в следующем порядке:

2.4.1. Первый платеж в размере 25% от общей страховой премии, указанной в п. 2.3 Договора, в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента заключения настоящего Договора

(за период с 25.05.2022 по 24.11.2022);

2.4.2. Второй платеж в размере 25% от общей страховой премии, указанной в п. 2.3 Договора, в срок до 24.11.2022 года (за период с 25.11.2022 по 24.05.2023)

2.4.3. Третий платеж в размере 25% от общей страховой премии, указанной в п. 2.3 Договора, в срок до 24.05.2023 года (за период с 25.05.2023 по 24.11.2023);

2.4.4. Четвертый платеж в размере 25% от общей страховой премии, указанной в п. 2.3 Договора, в срок до 24.11.2023 года (за период с 25.11.2023 по 24.05.2024).

2.4.5. Страховщик обязан выставить счет на оплату каждого платежа за 5 (пять) рабочих дней до момента окончания срока оплаты. Страхователь осуществляет платежи не позднее срока, установленного в настоящем пункте на основании выставленного счета. В случае нарушения Страховщиком срока выставления счета, срок оплаты платежей отодвигается соразмерно сроку выставления счета и срок оплаты платежей в данном случае будет в течение 5 (пяти) рабочих дней после выставления счета.

2.5. В случае изменения стоимости медицинских услуг, предоставляемых Застрахованным лицам по настоящему Договору, Страховщик не вправе в период действия Договора изменить размер страховой премии или уменьшить перечень и объем медицинских услуг, заявленных им в Программе ДМС при заключении настоящего Договора.

2.6. Выявление в период действия настоящего Договора у Застрахованных лиц хронических заболеваний, установление Застрахованным лицам группы инвалидности, достижение Застрахованным лицом пенсионного возраста не влечет за собой применения повышающих коэффициентов к размеру страховой премии за вышеуказанных лиц или отказа Страховщика от страхования.

2.7. Страховщик предоставляет Страхователю отчетные документы: Акт оказанных услуг в 2 (двух) экземплярах, подписанный со стороны Страховщика в следующем порядке:

за период с 01.06.2022 по 30.11.2022 не позднее 15.12.2022;

за период с 01.12.2022 по 31.05.2023 не позднее 15.06.2023

за период с 01.06.2023 по 30.11.2023 не позднее 15.12.2023;

за период с 01.12.2023 по 31.05.2023 не позднее 15.06.2024

2.9. При изменении количества застрахованных лиц Страховщик обязан произвести перерасчет страховой премии в порядке и сроки, установленные Правилами страхования. При этом стороны подписывают дополнительное соглашение к настоящему Договору, с приложением перерасчета страховой премии.

Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии за не истекший срок действия Договора (от фактически поступившей страховой премии) после вычета сумм выплаченного и подлежащего выплате страхового возмещения за оказанные услуги.

При превышении произведенных страховых выплат над неиспользованной страховой премией возврат страховой премии не производится.

2.10. Страховая сумма, в пределах которой Страховщик обязан обеспечить оказание и оплату медицинских услуг в медицинских организациях, по каждому Застрахованному лицу составляет 20 000 000,00 (двадцать миллионов) рублей 00 коп.

2.11. В случае нарушения Страховщиком обязательств по Договору Страхователь вправе зачесть начисленную за данное нарушение неустойку (пени) или штраф, в счет суммы, подлежащей уплате Страховщику за оказанные им Услуги, или в счет суммы, внесенной Страховщиком в качестве обеспечения исполнения своих обязательств по Договору.

**3. СРОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

3.1. Срок оказания услуг: в течение 24 (двадцати четырех) месяцев с момента подписания договора, но не ранее 24.05.2022 г.

В отношении обязанности Страховщика по несению страхового риска (риск выплаты страхового возмещения при наступлении страхового случая) Договор действует до полного выполнения Страховщиком своих обязательств по настоящему Договору.

**4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ, ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

4.1. Стороны настоящего Договора имеют права и несут обязанности, предусмотренные Законом Российской Федерации от 27.11.92 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», действующим законодательством Российской Федерации и другими нормативными актами, а также условиями Договора.

4.2. В случае необоснованного отказа медицинского или иного учреждения, указанного в Приложении № 5 к Договору, в которое обратилось Застрахованное лицо, в предоставлении необходимой медицинской помощи, обусловленной настоящим Договором, Страховщик обязан организовать ее оказание в другом медицинском или ином учреждении, соответствующем Программе (Программам) добровольного медицинского страхования – (Приложение № 4 к Договору).

4.3. В случае оказания медицинской помощи медицинским учреждением в ненадлежащем объеме и/или ненадлежащего качества Страховщик обязуется без дополнительной оплаты представлять интересы Застрахованных лиц в их отношениях с медицинским учреждением (юридические консультации, медицинская экспертиза).

4.4. Страхователь имеет право запросить, а Страховщик обязан предоставить Страхователю сведения о количестве обращений на оказание медицинских услуг Застрахованным лицам в медицинские учреждения, указанные в Приложении № 5 к Договору, один раз в три месяца в течение срока действия настоящего Договора.

4.5. В случае просрочки Страховщиком обязательств, предусмотренных Договором, а также в иных случаях неисполнения или ненадлежащего исполнения Страховщиком обязательств, предусмотренных Договором, Страхователь вправе потребовать уплату неустойки (штрафов, пеней). Неустойка (штрафы, пени) начисляется за каждый день просрочки исполнения Страховщиком обязательств, предусмотренных Договором, начиная со дня, следующего после дня истечения установленного Договором срока исполнения обязательств. Размер такой неустойки (штрафов, пеней) устанавливается в размере одной трехсотой действующей на день уплаты неустойки (штрафов, пеней) ключевой ставки Центрального банка Российской Федерации. Страховщик освобождается от уплаты неустойки (штрафов, пеней), если докажет, что просрочка исполнения указанного обязательства произошла вследствие непреодолимой силы или по вине другой Стороны.

4.6. В случае просрочки исполнения Страхователем обязательств, предусмотренных Договором, а также в иных случаях неисполнения или ненадлежащего исполнения Страхователем обязательств, предусмотренных Договором, Страховщик вправе потребовать уплаты неустоек (штрафов, пеней). Неустойка (штрафы, пени) начисляется за каждый день просрочки исполнения Страхователем обязательства, предусмотренного договором, начиная со дня, следующего после дня истечения установленного договором срока исполнения обязательства. Размер такой неустойки (штрафов, пеней) устанавливается договором в размере одной трехсотой действующей на день уплаты неустойки (штрафов, пеней) ключевой ставки Центрального банка Российской Федерации. Страхователь освобождается от уплаты неустойки (штрафов, пеней), если докажет, что просрочка исполнения указанного обязательства произошла вследствие непреодолимой силы или по вине другой Стороны.

4.7. Оплата неустойки не освобождает Стороны от выполнения лежащих на них обязательств или устранения нарушений.

**5. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ (ФОРС-МАЖОР)**

5.1. Стороны не несут ответственности за невыполнение своих обязательств по Договору, если это является результатом действия непреодолимой силы.

5.2. Для целей настоящего Договора «непреодолимая сила» означает обстоятельство, предусмотренное п. 3 статьи 401 Гражданского кодекса Российской Федерации.

5.3. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы Сторона, для которой они наступили, обязуется незамедлительно направить другой Стороне письменное уведомление о возникновении таких обстоятельств и причинах их возникновения, а также предпринять все возможные меры для надлежащего выполнения своих обязательств по Договору. При этом сроки исполнения Сторонами своих обязательств по Договору отодвигаются соразмерно сроку действия обстоятельств непреодолимой силы. Если данные обстоятельства действуют более 2 (двух) месяцев, Стороны имеют право расторгнуть Договор до истечения срока его действия.

**6. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ**

6.1. Стороны примут все меры к разрешению всех разногласий и споров, которые могут возникнуть по настоящему Договору или в связи с ним путем переговоров.

6.2. В случае невозможности разрешения их путем переговоров, разногласия и споры между Сторонами подлежат разрешению в соответствии с действующим законодательством в арбитражном суде Санкт-Петербурга и Ленинградской области.

6.3. Для сторон обязателен досудебный претензионный порядок рассмотрения споров. Срок рассмотрения претензии любой из сторон – в течение 10 (десяти) рабочих дней после ее получения.

**7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

7.2. Расторжение настоящего Договора допускается по соглашению Сторон или решению суда по основаниям, предусмотренным гражданским законодательством.

7.3. Договор, может быть, расторгнут Страхователем в одностороннем порядке в следующих случаях:

- если Страховщик не приступает в установленный договором срок к исполнению договора или оказывает услугу таким образом, что окончание ее к сроку, предусмотренному договором, становится явно невозможным, либо в ходе оказания услуги стало очевидно, что она не будет оказана надлежащим образом в срок, установленный договором;

- если во время оказания услуг нарушены условия исполнения договора, и в назначенный Страхователем для устранения нарушений разумный срок Страховщиком такие нарушения не устранены, либо являются существенными и неустранимыми;

- неоднократного (два и более) или существенного (более тридцати календарных дней) нарушения сроков оказания услуг, указанных в договоре.

7.4. Страхователь вправе незамедлительно расторгнуть договор в одностороннем порядке в случае, если в ходе исполнения Договора установлено, что Страховщик не соответствует установленным в документации о проведении открытого конкурса требованиям к участникам процедур закупок, либо представил недостоверные сведения о себе как участнике процедур закупок, которые позволили ему стать победителем соответствующей процедуры закупки.

7.5. Договор, расторгаемый в порядке пп. 7.3. и 7.4. Договора, считается расторгнутым с момента получения одной стороной уведомления другой стороны об одностороннем отказе от исполнения договора полностью или частично, если иной срок расторжения договора не предусмотрен в уведомлении, либо не определен соглашением сторон.

7.6. Договор прекращается в случаях:

- ликвидации Страхователя или Страховщика, признания их банкротом в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации;

- отзыва лицензии Страховщика;

- признания судом настоящего Договора недействительным;

- в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

7.7. В случае прекращения действия или расторжения настоящего Договора Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии за неистекший оплаченный период за вычетом понесенных Страховщиком расходов.

1. **ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА**

8.1. Исполнение Договора, обеспечивается Страховщиком на сумму 5 552 524 (пять миллионов пятьсот пятьдесят две тысячи пятьсот двадцать четыре) рубля 80 копеек.

Обеспечение исполнения обязательств по Договору предоставляется на весь объем предусмотренных Договором обязательств.

8.2. Документы, подтверждающие обеспечение исполнения Договора, предоставляются Страхователю до подписания Договора.

8.3. Обеспечение исполнения Договора предоставляется любым из перечисленных, по выбору Страховщика, способом:

- в форме безотзывной банковской гарантии, выданной банком;

- внесением денежных средств на указанный Страхователем счет.

8.4. Обеспечение в форме безотзывной банковской гарантии, выданной банком:

8.4.1. В качестве обеспечения исполнения Договора Страховщик предоставляет, а Страхователь принимает банковскую гарантию, выданную банком, соответствующим требованиям, установленным Правительством Российской Федерации,

8.4.2. Понятие «банковская гарантия» используется в значении, указанном в Гражданском кодексе Российской Федерации.

8.4.3. Банковская гарантия должна быть безотзывной и должна содержать:

1) сумму банковской гарантии, подлежащую уплате гарантом Страхователю в случае ненадлежащего исполнения обязательств принципалом (Страховщиком);

2) обязательства принципала (Страховщика), надлежащее исполнение которых обеспечивается банковской гарантией, в том числе: обязательства по уплате Страхователю суммы неустоек (штрафов, пеней), предусмотренных Договором; обязательства по возмещению убытков, возникших по причине неисполнения Договора или его ненадлежащего исполнения принципалом (Страховщиком); обязательства по возврату аванса (если выплата аванса предусмотрена Договором, а требование по гарантии предъявлено в случае ненадлежащего исполнения принципалом (Страховщиком) обязательств по возврату аванса);

3) обязанность гаранта уплатить Страхователю неустойку в размере 0,1 процента денежной суммы, подлежащей уплате, за каждый день просрочки;

4) условие, согласно которому исполнением обязательств гаранта по банковской гарантии является фактическое поступление денежных сумм на счет, на котором в соответствии с законодательством Российской Федерации учитываются операции со средствами, поступающими Страховщику;

5) срок действия банковской гарантии, который должен превышать предусмотренный Договором срок исполнения обязательств не менее чем на 1 (один) месяц;

6) отлагательное условие, предусматривающее заключение договора предоставления банковской гарантии по обязательствам принципала (Страховщика), возникшим из Договора при его заключении, в случае предоставления банковской гарантии в качестве обеспечения исполнения Договора;

7) установленный Постановлением Правительства РФ от 08.11.2013 № 1005 «О банковских гарантиях, используемых для целей Федерального закона «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» (вместе с «Дополнительными требованиями к банковской гарантии, используемой для целей Федерального закона «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд», «Правилами ведения и размещения в единой информационной системе в сфере закупок реестра банковских гарантий») перечень документов, предоставляемых Страхователю банку одновременно с требованием об осуществлении уплаты денежной суммы по банковской гарантии.

8.4.4. В безотзывной банковской гарантии должно также содержаться указание на согласие гаранта с тем, что изменения и дополнения, внесенные в Договор, не освобождают его от обязательств по соответствующей безотзывной банковской гарантии.

8.4.5. В безотзывной банковской гарантии должно содержаться условие о праве Страхователя на бесспорное списание денежных средств со счета гаранта, если гарантом в срок не более чем пять рабочих дней не исполнено требование Страхователя об уплате денежной суммы по банковской гарантии, представленное гаранту до окончания срока действия банковской гарантии.

8.4.6. В безотзывной банковской гарантии должно содержаться указание на согласие гаранта с тем, что гарантия сохраняет свое действие вне зависимости от изменений организационно-правовой формы принципала и бенефициара.

8.5. Обеспечение в форме внесения денежных средств на указанный Страхователем счет.

8.5.1. В случае, если обеспечение исполнения Договора представляется в виде внесения денежных средств на счет, участник закупки, с которым заключается Договор, перечисляет сумму денежных средств на счет Страхователя.

8.5.2. Факт внесения денежных средств в обеспечение исполнения Договора подтверждается платежным поручением с отметкой банка об оплате, оригинальной выпиской из банка в случае, если перевод денежных средств осуществляется при помощи системы «банк-клиент».

8.5.3. Денежные средства в качестве обеспечения исполнения Договора вносятся Страховщиком на срок, превышающий предусмотренный Договором срок исполнения обязательств, но не более чем на 30 (тридцать) дней с момента исполнения Страховщиком обязательств по настоящему договору.

8.5.4. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Страховщиком обязательств, предусмотренных Договором, Страхователь вправе без обращения в суд удержать из представленного Страховщиком обеспечения Договора денежные суммы, равные суммам денежных средств, которые Страховщик обязан уплатить Страхователю в качестве неустойки (штрафов, пеней), в качестве возмещения убытков, либо иных денежных средств, подлежащих уплате Страховщиком Страхователю по Договору.

8.5.5. Денежные средства, внесенные Страховщиком в качестве обеспечения исполнения Договора, возвращаются Страховщику в течение 15 (пятнадцати) дней со дня исполнения Страховщиком обязательств по настоящему Договору. Денежные средства возвращаются на банковский счет, указанный Страховщиком в настоящем Договоре. В случае изменения банковских реквизитов Страховщика, все риски, связанные с перечислением Страхователем денежных средств на указанный в настоящем Договоре счет, несет Страховщик.

8.6. В ходе исполнения Договора Страховщик вправе изменить способ обеспечения исполнения Договора и (или) предоставить Страхователю взамен ранее предоставленного обеспечения исполнения Договора новое обеспечение исполнения Договора.

8.7. В случае если по каким-либо причинам обеспечение исполнения обязательств по Договору перестало быть действительным, закончило свое действие или иным образом перестало обеспечивать исполнение Страховщиком своих обязательств по Договору, Страховщик обязуется в течение 15 (пятнадцати) дней с момента окончания действия предыдущего исполнения обязательств, предоставить Страхователю иное (новое) надлежащее обеспечение исполнения обязательств по Договору на тех же условиях и в том же размере, а при изменении стоимости работ и сроков выполнения работ по Договору, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обеспечение исполнения обязательств по Договору представляется в соответствии с данными изменениями.

8.8. В случае отзыва в соответствии с законодательством Российской Федерации у банка, предоставившего банковскую гарантию в качестве обеспечения исполнения Договора, лицензии на осуществление банковских операций Страховщик обязан предоставить новое обеспечение исполнения договора не позднее одного месяца со дня надлежащего уведомления Страхователем Страховщика о необходимости предоставить соответствующее обеспечение.

**9.ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

9.1. Во всем ином, не урегулированном в настоящем Договоре, применяются нормы действующего гражданского законодательства РФ.

9.2. В ходе исполнения Договора допускаются не противоречащие российскому законодательству дополнения и изменения условий Договора. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору возможны и действительны лишь при условии, что они совершены в письменной форме в виде дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью Договора и подписано уполномоченными на то лицами.

9.3. Стороны обязаны незамедлительно сообщать друг другу об изменении своего местонахождения, почтового адреса, номеров телефонов, факсов и банковских реквизитов.

9.4. Приложения к данному Договору являются его неотъемлемой частью:

9.4.1. Приложение №1 Техническое задание на добровольное медицинское страхование,

9.4.2. Приложение № 2 Правила добровольного медицинского страхования;

9.4.3. Приложение № 3 Списки застрахованных лиц;

9.4.4. Приложение № 4 Программа добровольного медицинского страхования;

9.4.5.Приложение №5 Список учреждений, в которых будет осуществляться обслуживание застрахованных лиц.

9.4.6. Приложение № 6 Акт оказанных услуг.

9.5. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

**10. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Страхователь:** | | **Страховщик:** | | |
| Полное наименование: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет телекоммуникаций им. проф. М.А. Бонч-Бруевича»  Сокращённое наименование: СПбГУТ | | Полное наименование: Акционерное общество «Страховое общество газовой промышленности»  Сокращённое наименование: АО «СОГАЗ» | | |
| Адрес местонахождения: 191186, Санкт- Петербург, наб. р. Мойки, дом 61, литера А  Почтовый адрес: 193232, Санкт-Петербург, пр. Большевиков, д.22, корп. 1 | | Адрес местонахождения: 107078, Москва, пр-т Академика Сахарова, д.10  Почтовый адрес: 191186, Санкт-Петербург, Чебоксарский пер., д.1/6, лит. А – Санкт-Петербургский филиал АО «СОГАЗ» | | |
| ИНН 7808004760 | | ИНН 7736035485  Дата постановки на учет 28.05.2001 | | |
| КПП 784001001 | | КПП 770801001 | | |
| ОГРН 1027809197635 | | ОГРН 1027739820921 | | |
| ОКПО 01179934 | | ОКПО 17660963 | | |
| ОКТМО 40909000 | | ОКТМО 45378000000 | | |
| ОКОПФ 75203 | | ОКОПФ 12267 | | |
| Контактная информация:  Электронная почта: laushkainna@mail.ru  Контактное лицо: Лаюшка Инна Анатольевна  Телефон: 8 (812) 305-12-09 | | Контактная информация:  Электронная почта: Sarafanova.Anna@sogaz.ru  Контактное лицо: Сарафанова Анна Александровна – старший менеджер отдела административного сопровождения личного страхования  Телефон: 8 (812) 438-14-38 (доб. 1227) | | |
| Банковские реквизиты:  УФК по г. Санкт-Петербургу (СПбГУТ л/с 20726X30630)  СЕВЕРО-ЗАПАДНОЕ ГУ БАНКА РОССИИ//УФК по г. Санкт-Петербургу  г. Санкт-Петербург  БИК 014030106  Р/сч - 03214643000000017200  Кор.счет – 40102810945370000005 | | Банковские реквизиты:  "Банк ГПБ" (АО)  р/с 40702810580120060001  к/с 30101810200000000823  БИК 044525823 | | |
| Заказчик  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подписано ЭП) | | ПОСТАВЩИК:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подписано ЭП) |

Приложение № 1

к Договору № 2022.72842

от 23.05.2022г.

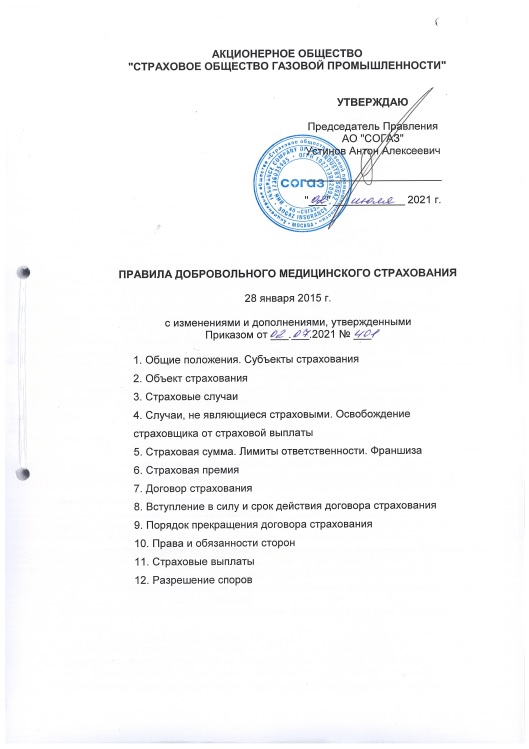
**ТЕХНИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **на Добровольное медицинское страхование работников СПбГУТ в 2022/2023 г.г.** | | |
| № п/п | **Наименование оказываемых услуг** | **Основные требования** | **Условия оказания услуг** |
| **1.** | **Количество застрахованных** | 942 сотрудников |  |
| **2.** | **Услуги круглосуточного диспетчерского пункта** | 1. Вызов врача на дом, запись в медицинские центры, организация экстренной медицинской помощи по Санкт-Петербургу и Ленинградской области, консультации по выбору базовых лечебных учреждений. |  |
| **3.** | **Помощь на дому** | 2.        Вызов дежурного врача и оказание необходимой медицинской помощи на дому или на рабочем месте при острых заболеваниях или обострении хронических заболеваний в случае невозможности застрахованным лицом посетить амбулаторно-поликлиническое учреждение. |  |
|
| 3.        Первичные, повторные осмотры врача-терапевта на дому, купирование неотложных состояний. |
| 4. Назначение необходимых диагностических, консультативных и лечебных мероприятий. |
| 5.        Забор материала для лабораторных исследований, проведение экспресс-диагностики по медицинским показаниям при острых инфекционных заболеваниях по назначению врача при невозможности посещения ЛПУ |
| 6.        Услуги медицинской сестры по назначению врача при постельном режиме. |
| **4.** | **Амбулаторно-поликлиническое обслуживание** | 7.        Свободный выбор каждым застрахованным поликлиники из списка клиник–партнеров. |  |
| **Консультативная помощь**. Приемы, консультации, манипуляции врачей по: гинекологии, аллергологии-иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, гематологии, дерматовенерологии, инфекционным болезням, кардиологии, ревматологии, колопроктологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, неврологии, нейрохирургии, нефрологии, общей врачебной практике (семейной медицине), онкологии, проктологии, оториноларингологии, офтальмологии, психиатрии\*, пульмонологии, рентгенологии, сердечно-сосудистой хирургии, терапии, торакальной хирургии, травматологии и ортопедии, маммологии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, фтизиатрии, функциональной диагностике, хирургии, челюстно-лицевой хирургии, эндокринологии, эндоскопии. | Приемы врачей-специалистов по: гематологии, онкологии, токсикологии, фтизиатрии - до постановки диагноза; психиатрии - однократно без применения диагностических тестов. Повторные, консультативные приемы врачей-специалистов с ученой степенью (в том числе профессоров). |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **8.    Инструментальные: функциональная диагностика**: электрокардиография (ЭКГ), электроэнцефалография (ЭЭГ), рэоэнцефалография (РЭГ), исследование функции внешнего дыхания (спирография), суточное мониторирование артериального давления/ ЭКГ, нагрузочные тесты (велоэргометрия, тредмил-тест); ультразвуковая диагностика: УЗИ органов и тканей, эхокардиография (ЭхоКГ), сосудистая допплерография в т.ч. с цветным картированием; рентгенологические и рентген-радиологические исследования, включая компьютерную томографию, радиоизотопные исследования; магнитно-резонансная томография; эндоскопические исследования. |  |
| 9.   **Лабораторные** : общеклинические (химико-микроскопические и гематологические); биохимические (включая гормональные исследования (до 5 исследований в течение действия договора); иммунологические: определение общих иммуноглобулинов (А, Е, M, G); определение антител к антигенам тканей, их компонентам, секретам, метаболитам, гормонам; исследование противоопухолевого иммунитета (онкомаркеры); исследование антигенной системы эритроцитов; микробиологические (в бактериологии, вирусологии, микологии, паразитологии): макро- и микроскопические, иммуносерологические исследования, молекулярно - биологические методы исследования (методы гибридизации ДНК и РНК, ПЦР), культивирование и идентификация при бактериологических исследованиях; цитологические и гистологические исследования (не более 5 за период действия договора). | Исследование противоопухолевого иммунитета (онкомаркеры ПСА и СА 125) - 1 раз за период действия Договора (Сверх указанного количества - на усмотрение Страховщика). Иммуносерологические исследования, молекулярно - биологические методы исследования (методы гибридизации ДНК и РНК, ПЦР)- не более 3-х возбудителей при каждом случае заболевания. ПЦР диагностика заболеваний передающихся половым путем- до 2ух раз в течение действия договора (не более 2 возбудителей). Иммунологические исследования (определение общих иммуноглобулинов (А, Е, M, G) и аллергодиагностика - ограничение по объёму и количеству показателей устанавливается Страховщиком. |
| **10.Процедуры, манипуляции, методы лечения. Физиотерапевтическое лечение** (в отделении физиотерапии) (всего не более 10 процедур за период действия договора: электротерапия, магнитотерапия, светолечение, теплолечение, ингаляции. | Не более 3-х видов лечебного воздействия до 10 процедур каждого вида в течение периода действия договора страхования( не более 30 процедур); |
| 11.**Лечебная физкультура, лечебный массаж**. | Не более 10 сеансов на каждый вид в течение периода действия договора на одного застрахованного, при этом лечебный массаж также с ограничением - не более 3 массажных единиц за сеанс |
| 12. **Лечебные амбулаторные манипуляции:**  - инъекции: подкожные, внутрикожные, внутримышечные, внутривенные струйные, парабульбарные; проведение малых хирургических операций в амбулаторных условиях (только по экстренным показаниям); скарификационные пробы, гипсовая иммобилизация при травмах.. | Внутрисуставное введение хондропротекторов и заместителей внутрисуставной жидкости за счет застрахованного лица |
| 13. Оформление медицинской документации Экспертиза временной нетрудоспособности, выдача и продление листков временной нетрудоспособности, выписка рецептов, медицинских справок. |  |
| **5.** | **Скорая и неотложная медицинская помощь** | 14.    Все виды скорой медицинской помощи, включая организацию обратной транспортировки по месту жительства застрахованного из приемного покоя или травмпункта если необходимость в госпитализации по медицинским показателям после оказания первичной помощи отсутствует. |  |
| **6.** | **Экстренная госпитализация** | 15.1. Медицинская помощь в стационаре оказывается без ограничения по количеству госпитализаций в год. Экстренная госпитализация в один из базовых стационаров с размещением в двух-трехместных палатах. |  |
| 15.2. Первичные, повторные, консультативные приемы врачей-специалистов по: абдоминальной хирургии, акушерству и гинекологии, аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, гематологии, дерматовенерологии, инфекционным болезням, кардиологии, колопроктологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, неврологии, нейрохирургии, нефрологии, онкологии, оториноларингологии, офтальмологии, паразитологии, пульмонологии, радиологии, ревматологии, рентгенологии, рефлексотерапии, сердечно-сосудистой хирургии, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, терапии, токсикологии, торакальной хирургии, травматологии и ортопедии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, челюстно-лицевой хирургии, эндокринологии, эндоскопии. 15.3. Лечебные манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала. 15.4. Хирургические и консервативные методы лечения. 15.5. Лабораторные исследования: общеклинические, биохимические, иммунологические, микробиологические, цитологические и гистологические исследования. 15.6. Инструментальные исследования: функциональная и ультразвуковая диагностика; рентгенологические и рентген-радиологические исследования, включая компьютерную томографию, радиоизотопные исследования, позитронно-эмиссионную томографию; магнитно-резонансная томография; эндоскопические исследования. 15.7. Обеспечение лекарственными средствами (включая анестезиологические пособия) и изделиями медицинского назначения необходимыми для лечения при предоставлении их медицинской организацией. 15.8. Реанимационные мероприятия. 15.9. Физиотерапия и восстановительное лечение по назначению врача в случаях, когда эти процедуры необходимы для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации. 15.10. Экспертиза нетрудоспособности с оформлением листков временной нетрудоспособности и справок.  15.11. Оформление медицинской документации, предусмотренной действующим законодательством. |  |
| **7.** | **Телемедицинские услуги** | 16.1. Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации, проводимые врачами-консультантами: терапевт/педиатр, кардиолог, гастроэнтеролог, эндокринолог. |  |
| 16.2. Срочные консультации дежурным врачом-терапевтом находящимся в данный момент в системе онлайн: - предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн-консультации. |  |
| 16.3. Плановые онлайн-консультации врача-педиатра/терапевта или профильного врача-консультанта по предварительной записи: - предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн-консультации. |  |
| **8.** | **Прочие условия** | 17. Контроль качества проводимого лечения. |  |
| 18.      По предложенной программе Страховщика размер страховой суммы на одного застрахованного должен составлять не менее трех миллионов рублей. |  |
| 19.      Возможность рассрочки платежей. |  |
| 20.      Обслуживание застрахованных лиц без ограничения по возрасту и рабочей группе инвалидности. |  |
| 21.      Проведение консультаций врачами 1 раз в неделю по месту работы застрахованных лиц (по графику): **СПб, пр. Большевиков, 22, к.1.** (терапевт, невролог, кардиолог) |  |
| 22.      Предоставление заказчику информации о количестве застрахованных лиц, обратившихся за медицинскими услугами страховой компании раз в три месяца. |  |
| 23.      В списке учреждений, в которых будет осуществляться обслуживание застрахованных лиц: |  |
| 23.1. Должно быть не более 10% медицинских учреждений, расположенных в ближайших пригородах СПб (Пушкин, Петродворец, Колпино, Всеволожск, Гатчина, Павловск, Сестрорецк, Зеленогорск); |  |
| **23.2. Обязательно наличие следующих медицинских учреждений:** |  |
|  |  |
| - Санкт-Петербургское государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №40» (СПб, Невский пр., д. 86); |  |
|  |  |
| - Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская Александровская больница» (СПб, пр. Солидарности д. 4); |  |
|  |  |
| - Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская Покровская больница» (СПб, В.О. Большой проспект, д. 85) |  |
|  |  |
| - Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская Мариинская больница» (СПб, Литейный проспект, 56); |  |
|  |  |
| "СПб больница РАН" (Тореза пр-кт, дом № 72, м. Удельная) |  |
|  |  |
| - Санкт-Петербургское государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №81» (Максимилиановская лечебница) (СПб, Вознесенский пр., д. 19); |  |
|  |  |
| -Клиническая больница №122 им. Л.Г.Соколова (СПб, проспект Культуры, д. 4) |  |
|  |  |
| ООО "Ивитро" ( медицинская диагностическая лаборатория) |  |
|  |  |
| 23.3. Должно быть не менее трех медицинских учреждений, расположенных в Невском районе. |  |
|  |  |
| 23.4. Допускается включение Страховщиком в перечень ЛПУ других медицинских организаций более высокой ценовой категории с применением бзусловной франшизы в размере не более 10% от суммы лечения, уплачиваемой Застрахованным лицом |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Заказчик  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подписано ЭП) | ПОСТАВЩИК:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подписано ЭП) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 2  к Договору № 2022.72842  от 23.05.2022г.  **ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ** |



**1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ**

1.1. На основании настоящих Правил и действующего законодательства Российской Федерации Акционерное общество "Страховое общество газовой промышленности" (АО "СОГАЗ"), именуемое далее Страховщик, заключает с юридическими и дееспособными физическими лицами, именуемыми далее Страхователи, договоры добровольного медицинского страхования (далее – договор страхования).

1.2. Страхователи – юридические лица заключают договоры страхования в пользу указанных в договоре страхования физических лиц (в дальнейшем Застрахованные лица).

Страхователи – физические лица вправе заключать договоры страхования как в свою пользу, так и в пользу других физических лиц (в дальнейшем Застрахованные лица).

Застрахованное лицо – физическое лицо, в отношении которого заключается договор страхования. Договор страхования может быть заключен в отношении одного или нескольких физических лиц, указанных в договоре страхования.

В отношении Страхователя – физического лица, заключившего договор страхования в свою пользу, действуют все положения настоящих Правил, касающиеся Застрахованных лиц.

Договор страхования, по которому застраховано два и более Застрахованных лица, далее именуется коллективным договором страхования.

1.3. По договору страхования Страховщик берет на себя обязательство при наступлении страхового случая организовать предоставление и произвести оплату медицинских и иных услуг в соответствии с договором страхования и(или) Программой добровольного медицинского страхования (далее – Программа страхования), предусмотренной договором страхования.

В целях исполнения своих обязательств по договору страхования Страховщик заключает договоры с медицинскими и иными организациями, обеспечивающими организацию и(или) оказание Застрахованным лицам медицинских и иных услуг.

1.4. По настоящим Правилам под медицинскими и иными организациями понимаются:

* имеющие право на законных основаниях осуществлять медицинскую деятельность лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинские и иные услуги, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно;
* учреждения, осуществляющие фармацевтическую деятельность, предоставляющие лекарственную помощь, реализующие изделия медицинского назначения;
* специализированные организации, которые по поручению Страховщика обеспечивают организацию Застрахованным лицам медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования и(или) Программой страхования.

1.5. По соглашению сторон договора страхования медицинские и иные услуги могут быть оказаны Застрахованному лицу в медицинских и иных организациях, находящихся как на территории Российской Федерации, так и на территории иных государств.

1.6. Страховщик на основании настоящих Правил вправе формировать условия страхования к отдельному договору страхования или отдельной группе договоров страхования, ориентированные на определенных Страхователей (Застрахованных лиц). Такие условия страхования излагаются в договоре страхования либо прилагаются к договору страхования и являются его неотъемлемой частью.

1.6.1. Страховщик вправе присваивать договорам страхования, заключенным в соответствии с настоящими Правилами на однотипных условиях, определенные маркетинговые наименования.

1.7. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя, если в договоре страхования прямо указывается на применение Правил и сами Правила вручены Страхователю в порядке, предусмотренном п. 7.10 настоящих Правил.

**2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

2.1. Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с оплатой организации и оказания ему медицинской и(или) лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг при наступлении страхового случая вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующего организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и(или) устраняющих их, в объеме, предусмотренном договором страхования и(или) Программой страхования, в порядке и на условиях, указанных в договоре страхования.

2.1.1. Под медицинской помощью по настоящим Правилам понимается [первичная](consultantplus://offline/ref=065D094FB31B45EB439950EEDAF4AE176FE4E9D43DDCC22527FA3B57B257460C1CC81A2DE16D2D6CA4KCJ) медико-санитарная помощь, [специализированная](consultantplus://offline/ref=065D094FB31B45EB439950EEDAF4AE176FE4E9D43DDCC22527FA3B57B257460C1CC81A2DE16D2D6DA4KAJ), в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь, [скорая](consultantplus://offline/ref=065D094FB31B45EB439950EEDAF4AE176FE4E9D43DDCC22527FA3B57B257460C1CC81A2DE16D2D62A4KBJ), в том числе скорая специализированная, медицинская помощь, [паллиативная](consultantplus://offline/ref=065D094FB31B45EB439950EEDAF4AE176FE4E9D43DDCC22527FA3B57B257460C1CC81A2DE16D2D63A4KAJ) медицинская помощь, медицинская реабилитация, санаторно-курортное лечение.

Медицинская помощь по настоящим Правилам может оказывается, в том числе, с помощью телемедицинских технологий, если это предусмотрено Программой страхования. Применение телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи осуществляется с соблюдением требований, установленных законодательством Российской Федерации в области персональных данных, и соблюдением врачебной тайны.

Под телемедицинскими технологиями по настоящим Правилам понимаются информационные технологии, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами и(или) их законными представителями, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении консилиумов, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациентов.

2.1.2. Под лекарственной помощью по настоящим Правилам понимается обеспечение Застрахованного лица лекарственными средствами и(или) изделиями медицинского назначения, необходимыми Застрахованному лицу и назначенными врачом медицинской организации, в рамках Программы страхования.

2.1.3. Под иными услугами по настоящим Правилам понимаются:

а) услуги по транспортировке (медицинской эвакуации) Застрахованного лица по медицинским показаниям, в том числе по организации проезда Застрахованного лица в медицинскую организацию и обратно, либо из одной организации в другую, включая необходимое медицинское сопровождение, если это требуется по состоянию его здоровья;

б) сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации;

в) услуги по сопровождению Застрахованного лица одним, если иное не предусмотрено договором страхования, сопровождающим лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи в случае, если это необходимо по состоянию его здоровья и(или) по согласованию со Страховщиком.

Перечень расходов, связанных с сопровождением Застрахованного лица при оказании ему медицинской помощи, указывается в договоре страхования и может предусматривать: проезд (до медицинской организации и обратно), проживание сопровождающего Застрахованное лицо лица и(или) совместное нахождение сопровождающего Застрахованное лицо лица с Застрахованным лицом в стационарных условиях;

г) совместное нахождение родителя, опекуна, законного представителя или иного лица с несовершеннолетним Застрахованным лицом (ребенком) в стационарных условиях;

д) услуги по доставке лекарственных средств Застрахованному лицу;

е) услуги сиделки;

ж) оформление и выдача медицинской документации;

з) создание условий повышенной комфортности при оказании медицинских и иных услуг;

и) не входящие в состав медицинской услуги, но требующиеся при оказании Застрахованному лицу медицинских услуг, услуги по организации и предоставлению проживания и питания Застрахованного лица;

к) услуги переводчика в период получения медицинских и иных услуг;

л) услуги по репатриации тела (урны с прахом) Застрахованного лица, в случае смерти Застрахованного лица. Под репатриацией тела понимается перевозка останков (урны с прахом) Застрахованного лица до ближайшего международного аэропорта страны, где постоянно проживало Застрахованное лицо (если Застрахованное лицо не является гражданином той страны, где произошла смерть), либо до ближайшего административного центра постоянного места жительства (если Застрахованное лицо является гражданином страны, где произошла смерть). Данная услуга включает в себя перевозку останков (урны с прахом) Застрахованного лица. Данная услуга не включает в себя сопровождение гроба с телом (урны с прахом) во время перевозки, организацию похорон, погребения;

м) информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием или организацией медицинской помощи;

н) обеспечение Застрахованного лица инструментами, аппаратами, приборами, оборудованием, колясками, специальными кроватями и матрасами, материалами и прочими изделиями, применяемыми в медицинских целях в соответствии с законодательством.

**3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ**

3.1. Страховыми случаями являются события, предусмотренные договором страхования, с наступлением которых возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

3.2. По настоящим Правилам страховым случаем является предусмотренное договором страхования совершившееся событие из числа указанных в п.п. 3.2.1, 3.2.2 настоящих Правил:

3.2.1. обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинскую или иную организацию из числа предусмотренных договором страхования или согласованных Страховщиком для организации и оказания ему медицинских услуг (медицинской и(или) лекарственной помощи), предусмотренных договором страхования и(или) Программой страхования, в связи с расстройством здоровья Застрахованного лица или состоянием Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также для проведения профилактических мероприятий, предусмотренных договором страхования и(или) Программой страхования, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и(или) устраняющих их;

3.2.2. возникновение в течение срока страхования необходимости организации и оказания иных услуг Застрахованному лицу, предусмотренных договором страхования и(или) Программой страхования, в связи с расстройством здоровья Застрахованного лица или состоянием Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг.

3.3. Датой наступления страхового случая, предусмотренного п. 3.2 настоящих Правил, признается:

3.3.1. Дата обращения Застрахованного лица в учреждение, осуществляющее фармацевтическую деятельность и(или) реализующее изделия медицинского назначения, за получением лекарственной помощи, назначенной врачом медицинской организации в течение срока страхования;

3.3.2. Дата обращения Застрахованного лица в медицинскую или иную организацию за организацией и(или) оказанием медицинской помощи;

3.3.3. Дата обращения Застрахованного лица или иного лица в интересах Застрахованного лица в медицинскую или иную организацию при возникновении необходимости организации и оказания иных услуг в связи с расстройством здоровья Застрахованного лица или состоянием Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг.

3.4. Страховщик при наступлении страхового случая организует предоставление медицинских и(или) иных услуг, предусмотренных договором страхования и(или) Программой страхования, Застрахованному лицу, а также их оплату:

3.4.1. при обращении в медицинскую или иную организацию за получением медицинских и(или) иных услуг, за исключением услуг, указанных в п. 3.4.2 настоящих Правил, – до окончания срока страхования;

3.4.2. при обращении за получением медицинских и(или) иных услуг в условиях стационара, – до момента выписки из стационара или до момента окончания транспортировки (медицинской эвакуации) Застрахованного лица, если договором страхования прямо предусмотрены услуги согласно пп. "а" п. 2.1.3 настоящих Правил, в срок не более трех дней после выписки из стационара (если иной срок не предусмотрен договором страхования или письменно не согласован со Страховщиком);

3.4.3. до момента доставки тела (урны с прахом) Застрахованного лица до ближайшего международного аэропорта страны, где постоянно проживало Застрахованное лицо (если Застрахованное лицо не является гражданином той страны, где произошла смерть), либо до ближайшего административного центра постоянного места жительства (если смерть Застрахованного лица произошла в стране, гражданином которой он является). Данное положение действует в случае смерти Застрахованного лица при условии включения в договор страхования организации и оплаты оказания услуги, предусмотренной пп. "л" п. 2.1.3 настоящих Правил.

3.5. Особые условия:

3.5.1. Договором страхования может быть прямо предусмотрено, что организация и оплата медицинских и(или) иных услуг, предусмотренных договором страхования и(или) Программой страхования, в связи с определенным расстройством здоровья Застрахованного лица или состоянием Застрахованного лица, продолжается в течение определенного в договоре страхования периода после окончания срока страхования, если данное расстройство здоровья или состояние Застрахованного лица, обусловившее необходимость оказания данных медицинских и(или) иных услуг, было диагностировано в течение срока страхования.

Датой наступления страхового случая по п. 3.5.1 настоящих Правил признается дата диагностирования определенного расстройства здоровья или состояния у Застрахованного лица при его обращении в медицинскую организацию из числа предусмотренных договором страхования и(или) согласованных Страховщиком.

3.5.2. Положения п. 3.4.2 настоящих Правил применяются также в случае, если обращение Застрахованного лица за получением медицинских и(или) иных услуг в условиях стационара произошло в течение срока страхования (то есть дата госпитализации в стационар должна быть ранее даты окончания срока страхования), но на дату окончания срока страхования состояние здоровья Застрахованного лица требует продолжения оказания ему медицинских и(или) иных услуг в условиях стационара.

3.5.3. В случаях, указанных в п.п. 3.5.1, 3.5.2 настоящих Правил, сумма страховых выплат не может превысить страховую сумму, указанную в договоре страхования.

3.6. Объем медицинских и(или) иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу и оплачиваемых Страховщиком по договору страхования, а также объем медицинских и(или) иных услуг, обращение за которыми не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком, указывается в договоре страхования и(или) в Программе страхования, являющейся неотъемлемой частью договора страхования.

Программа страхования, прилагаемая к договору страхования, предусматривает конкретный перечень медицинских и(или) иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу при наступлении страхового случая.

3.6.1. В Программу страхования, прилагаемую к договору страхования, могут быть включены все или отдельные из медицинских и иных услуг, предусмотренных в Приложениях №№ 1 – 15 к настоящим Правилам.

Из Программы страхования, прилагаемой к договору страхования и составленной на основании Приложений №№ 1 – 15 к настоящим Правилам, могут быть исключены все или отдельные медицинские и иные услуги из числа указанных в Приложениях №№ 16 – 26 к настоящим Правилам, а также все или отдельные заболевания (состояния) из числа указанных в Приложении № 27 к настоящим Правилам.

3.7. Страховщик на основании настоящих Правил вправе формировать Программы страхования к отдельному договору страхования или отдельной группе договоров страхования, ориентированные на определенных Страхователей (Застрахованных лиц). Такие Программы страхования излагаются в договоре страхования либо прилагаются к договору страхования и являются его неотъемлемой частью.

3.7.1. Страховщик вправе присваивать определенные маркетинговые наименования Программам страхования, составленным в соответствии с настоящими Правилами и имеющим однотипные условия.

**4. СЛУЧАИ, НЕ ЯВЛЯЮЩИЕСЯ СТРАХОВЫМИ. ОСВОБОЖДЕНИЕ СТРАХОВЩИКА ОТ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**

4.1. По настоящим Правилам не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица в медицинскую или иную организацию с целью получения медицинских и(или) иных услуг:

4.1.1. в связи с патологическими состояниями или травмами, возникшими в состоянии любой формы опьянения или под воздействием наркотических, психотропных, токсикологических препаратов, медикаментозных препаратов, употребленных без назначения врача;

4.1.2. в связи с травматическим повреждением или иным расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;

4.1.3. в связи с покушением Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

4.1.4. в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

4.1.5. в связи с заболеваниями, представляющими опасность для окружающих (в том числе, натуральной оспой, чумой, холерой, вирусными геморрагическими лихорадками, полиомиелитом, ТОРС, коронавирусной инфекцией (COVID-19 и др.), включенными в перечень таких заболеваний Правительством Российской Федерации и(или) Министерством здравоохранения Российской Федерации на дату заключения договора страхования, а также, если договором страхования не предусмотрено иное, заболеваний, включенных в указанный перечень в течение срока страхования, указанного в договоре страхования.

Договором страхования может быть предусмотрено неприменение п. 4.1.5 настоящих Правил полностью или частично (только в отношении прямо указанных в договоре страхования заболеваний) в случае обращения Застрахованного лица за получением медицинских услуг, в том числе оказываемых с применением телемедицинских технологий.

4.1.6. если на момент обращения оказание таких услуг невозможно по причине введения ограничительных мероприятий (режима повышенной готовности, санитарно-противоэпидемических, профилактических, иных мероприятий), проводимых в соответствии с правовыми актами Правительства РФ, Роспотребнадзора Российской Федерации, иных федеральных, региональных, местных органов власти в связи с особо опасной инфекционной болезнью, представляющей опасность для населения страны, угрозу международного распространения, или в случае объявления государственного карантина решением Правительства Российской Федерации или органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации на основании предписания Главного государственного санитарного врача.

4.2. Указанные в п.п. 4.1.1 – 4.1.4 настоящих Правил обстоятельства должны быть подтверждены решением суда, документами из правоохранительных органов, иными документами из компетентных органов и организаций (медицинских, экспертных).

4.3. Не являются страховыми случаи обращения Застрахованного лица в медицинскую или иную организацию за медицинскими и(или) иными услугами:

4.3.1. если Застрахованным лицом получены медицинские и(или) иные услуги, не предусмотренные договором страхования и(или) Программой страхования, или услуги получены в объемах, превышающих предусмотренные договором страхования и(или) Программой страхования;

4.3.2. если Застрахованным лицом получены медицинские и(или) иные услуги в медицинских или иных организациях, не предусмотренных договором страхования, без согласования со Страховщиком;

4.3.3. если медицинские и(или) иные услуги были оказаны лицу, не являющемуся Застрахованным лицом;

4.3.4. в связи с ВИЧ-инфекцией, СПИД (в соответствии с Федеральным законом от 30.03.1995 № 38-ФЗ "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)");

4.3.5. в связи с туберкулезом независимо от клинической формы и стадии процесса (в соответствии с Федеральным законом от 18.06.2001 № 77-ФЗ "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации").

4.4. 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:

4.4.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

4.4.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

4.4.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

4.5. Договором страхования может быть прямо предусмотрено неприменение Страховщиком полностью или частично исключений, указанных в п.п. 4.1.1 – 4.1.5 настоящих Правил, а также оснований для освобождения от страховой выплаты в случаях, указанных в п. 4.4 настоящих Правил.

4.6. Договором страхования может быть предусмотрено, что не являются страховыми случаи обращения Застрахованного лица за медицинскими и(или) иными услугами, произошедшие в течение определенного в договоре страхования периода ("временная франшиза"), в соответствии п. 5.5.5 настоящих Правил.

4.7. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений Раздела 4 настоящих Правил, если это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации, в частности, в договор страхования могут включаться не противоречащие законодательству Российской Федерации исключения из страхования, установленные требованиями к условиям договоров, заключаемых по итогам конкурсных процедур.

**5. СТРАХОВАЯ СУММА. ЛИМИТЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ. ФРАНШИЗА**

5.1. Страховой суммой является установленная договором страхования денежная сумма, на основании которой определяется размер страховой премии и страховой выплаты.

Страховой суммой является предельная сумма оплаты медицинских и иных услуг (страховых выплат) при наступлении страховых случаев в соответствии с условиями договора страхования.

5.2. Размер страховой суммы устанавливается в договоре страхования по соглашению Страховщика и Страхователя.

5.2.1. В договоре страхования страховые суммы по Программам страхования могут быть установлены следующим образом:

а) единая (общая) страховая сумма по всем Программам страхования, предусмотренным договором страхования для конкретного Застрахованного лица. В этом случае общая сумма оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных всеми Программами страхования по всем страховым случаям, произошедшим с данным Застрахованным лицом, не может превышать установленной единой (общей) страховой суммы;

б) отдельные страховые суммы по каждой Программе страхования, предусмотренной договором страхования для конкретного Застрахованного лица. В этом случае сумма оплаты медицинских и иных услуг, оказанных данному Застрахованному лицу в соответствии с конкретной Программой страхования, не может превышать страховую сумму по данной Программе страхования;

в) единая (общая) страховая сумма по части Программ страхования, предусмотренных договором страхования для конкретного Застрахованного лица, и отдельные страховые суммы по остальным Программам страхования, предусмотренным договором страхования для данного Застрахованного лица. В этом случае общая сумма оплаты медицинских и иных услуг, оказанных данному Застрахованному лицу, не может превышать:

* единой (общей) страховой суммы в части оплаты тех медицинских и иных услуг, которые оказаны по Программам страхования, для которых установлена единая (общая) страховая сумма;
* отдельной страховой суммы по соответствующей Программе страхования в части оплаты тех медицинских и иных услуг, которые оказаны в рамках данной Программы страхования.

5.3. Договором страхования в пределах страховой суммы могут быть установлены лимиты ответственности Страховщика – предельные суммы страховых выплат по отдельным видам медицинских и(или) иных услуг, по отдельным заболеваниям (состояниям) или их различным комбинациям. Лимиты ответственности могут быть установлены в денежном выражении или в натуральном выражении (в том числе, по количественным показателям медицинских услуг – процедурам, койко-дням и т.п.).

5.4. Страховые суммы указываются в российских рублях, а в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, – в рублевом эквиваленте определенной суммы в иностранной валюте (в дальнейшем – "страхование в эквиваленте").

5.4.1. В случаях, когда это не противоречит валютному законодательству Российской Федерации, по договору страхования допускаются расчеты в иностранной валюте, при этом в договоре страхования возможно указание страховой суммы и страховой премии в иностранной валюте. В указанном случае оплата страховой премии и выплата страхового возмещения могут осуществляться как в иностранной валюте, так и в рублевом эквиваленте.

5.5. По соглашению Страховщика и Страхователя договором страхования может предусматриваться установление франшизы.

5.5.1. Франшиза может устанавливаться:

а) в определенном проценте от страховой суммы;

б) в определенном проценте от страховой выплаты;

в) в абсолютном выражении;

г) путем установления в договоре определенного временного периода ("временная франшиза").

5.5.2. Франшиза может быть безусловной и условной, что прямо указывается в договоре страхования.

5.5.3. Безусловная франшиза предусматривает, что размер франшизы всегда вычитается из страховой выплаты, определяемой в соответствии с Разделом 11 настоящих Правил и(или) условиями договора страхования.

5.5.3.1. Безусловная франшиза может быть установлена способами, указанными в пп. "а" – "в" п. 5.5.1 настоящих Правил.

5.5.3.2. В случае установления безусловной франшизы способами, указанными в пп. "а" – "в" п. 5.5.1 настоящих Правил, страховые выплаты, стоимость которых не превышает сумму безусловной франшизы, оплате Страховщиком не подлежат.

5.5.3.3. Договором страхования может быть предусмотрено, что при установлении безусловной франшизы Страховщик оплачивает медицинские и(или) иные услуги в соответствии со счетами медицинского и(или) иного учреждения в полном объеме с последующим возмещением Страхователем (Застрахованным лицом, представителем Застрахованного лица) Страховщику той части оплаты медицинских и(или) иных услуг, которая соответствует размеру безусловной франшизы.

5.5.3.4. Договором страхования может быть предусмотрено условие о том, что в случае достижения стоимости услуг, не подлежащих оплате Страховщиком согласно установленной безусловной франшизе, определенного значения по совокупности нескольких страховых случаев, безусловная франшиза перестает применяться, после чего, стоимость последующих медицинских и(или) иных услуг, предусмотренных договором страхования, оплачивается Страховщиком в полном объеме в соответствии с условиями договора страхования.

5.5.4. Условная франшиза означает, что Страховщик не производит страховую выплату, если её размер не превышает размера условной франшизы. Если размер страховой выплаты, определенной в соответствии с Разделом 11 настоящих Правил и(или) условиями договора страхования, превышает размер условной франшизы, то страховая выплата производится в полном объеме.

5.5.4.1. Условная франшиза может быть установлена способами, указанными в пп. "а", "б", "в" п. 5.5 настоящих Правил.

5.5.5. При установлении в договоре страхования "временной франшизы" не подлежат оплате Страховщиком медицинские и(или) иные услуги, обращение Застрахованного лица за оказанием которых произошло в течение определенного в договоре страхования периода "временной франшизы".

**6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ**

6.1. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в соответствии с договором страхования.

6.2. Страховой тариф является ставкой страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе, наличия франшизы. Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется по соглашению сторон.

6.3. Страховая премия определяется в соответствии с тарифными ставками, определенными на основании базовых тарифных ставок, с применением понижающих и повышающих коэффициентов, учитывающих факторы, влияющие на степень риска, а также другие условия страхования.

6.3.1. Страховая премия уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации о валютном регулировании и валютном контроле.

6.3.2. При "страховании в эквиваленте" страховая премия (взнос) уплачивается в рублях по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату уплаты страховой премии (взноса) наличными денежными средствами или на дату перечисления страховой премии (взноса) по безналичному расчету.

6.4. Страховая премия уплачивается Страховщику в порядке (единовременно или в рассрочку) и в сроки, предусмотренные договором страхования, наличными денежными средствами или безналичным перечислением.

6.4.1. Страховая премия (взнос) уплачивается непосредственно Страховщику или его представителю. В последнем случае уплата страховой премии (взноса) представителю Страховщика равносильна уплате Страховщику.

6.4.2. Уплата страховой премии при заключении договора страхования с использованием "финансовой платформы" (пп. "б" п. 7.2.4.1 настоящих Правил) осуществляется в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

Конкретный порядок и сроки уплаты страховой премии устанавливаются в договоре страхования.

6.5. Датой уплаты страховой премии (взноса) Страхователем – юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем считается:

* дата, указанная в документе, подтверждающем получение Страховщиком (представителем Страховщика) страховой премии (взноса) – при уплате наличными денежными средствами;
* дата поступления страховой премии (взноса) на корреспондентский счет Страховщика (представителя Страховщика), если платеж проведен через банк Страхователя, или на расчетный счет Страховщика (представителя Страховщика), если оплата проведена через банк, который обслуживает Страхователя и Страховщика (представителя Страховщика) - при уплате путем безналичного расчета.

6.6. Датой уплаты страховой премии (взноса) Страхователем – физическим лицом считается:

* при уплате наличными денежными средствами – дата внесения наличных денежных средств Страховщику либо платежному агенту (субагенту), осуществляющему деятельность по приему платежей физических лиц;
* при уплате путем перевода наличных денежных средств без открытия банковского счета – дата внесения наличных денежных средств кредитной организации либо банковскому платежному агенту (субагенту), осуществляющим деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации о национальной платежной системе;
* при уплате путем перевода денежных средств в рамках применяемых форм безналичных расчетов – дата подтверждения его исполнения обслуживающей Страхователя кредитной организацией.

При уплате страховой премии (взноса) по договору страхования, заключаемому в форме электронного документа с использованием "сайта/мобильного приложения" (пп. "а" п. 7.2.4.1 настоящих Правил) или "финансовой платформы" (пп. "б" п. 7.2.4.1 настоящих Правил), кредитной организацией считается организация, осуществляющая оказание услуг интернет-эквайринг.

6.7. Страховщик обязан проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со Страхователем при заключении договора страхования.

Если иное не предусмотрено договором страхования, условиями страхования к нему или отдельным соглашением между Страхователем и Страховщиком, информирование осуществляется любым из способов, предусмотренных в п. 7.13 настоящих Правил.

6.7.1. При заключении договора страхования в форме электронного документа с использованием "сайта/мобильного приложения" (пп. "а" п. 7.2.4.1 настоящих Правил), "финансовой платформы" (пп. "б" п. 7.2.4.1 настоящих Правил) Страхователь оплачивает страховую премию после ознакомления с условиями, содержащимися в договоре страхования и в настоящих Правилах.

6.8. В случае неуплаты Страхователем очередных страховых взносов в сроки, предусмотренные договором, Страховщик имеет право уменьшить объём страховой ответственности (страховую сумму, перечень оказываемых услуг) по согласованию со Страхователем в соответствии с уплаченной частью страховой премии или применить последствия, указанные в п. 9.2 настоящих Правил.

6.8.1. Договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия неуплаты в установленные договором страхования сроки очередных страховых взносов.

6.9. При уплате страховой премии наличными денежными средствами Страховщик обязан выдать Страхователю документ установленной формы, подтверждающий уплату.

6.10. Страхователь обязан сохранять документы, подтверждающие уплату им страховой премии, и предъявлять их по требованию Страховщика.

6.11. Если страховую премию по поручению Страхователя уплачивает другое лицо, то никаких прав по договору страхования в связи с этим оно не приобретает.

**7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ**

7.1. Договор страхования является соглашением между Страховщиком и Страхователем, в силу которого Страховщик обязуется организовать и оплатить предоставление Застрахованным лицам медицинских и(или) иных услуг в рамках договора страхования и(или) Программы страхования, либо, если это прямо предусмотрено договором страхования, или в случае письменного согласования Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица, Страхователем) со Страховщиком страховой выплаты в форме возмещения расходов на оплату медицинских и(или) иных услуг, возместить Застрахованным лицам затраты на получение медицинских и(или) иных услуг в рамках договора страхования и(или) Программы страхования, а Страхователь обязуется своевременно уплатить страховую премию в установленном договором страхования размере.

7.2. Договор страхования заключается на основании письменного или устного заявления Страхователя, или в порядке, установленном законодательством Российской Федерации для заключения договора страхования (контракта) по итогам участия в конкурсных процедурах, а также документов и сведений, необходимых в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации для идентификации лиц, указываемых в договоре страхования.

Договор страхования может быть заключен при участии страхового агента или страхового брокера деятельность которых регулируется действующим законодательством Российской Федерации.

7.2.1. Заявление на страхование, сделанное в письменной форме, становится неотъемлемой частью договора страхования.

7.2.2. Страхователь несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений при заключении договора страхования.

7.2.3. При заключении договора страхования Страхователь предоставляет Страховщику сведения и документы, необходимые в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации для идентификации лиц, указываемых в договоре страхования.

При проведении идентификации клиента, представителя клиента, бенефициарного владельца, обновлении информации о них Страховщик вправе требовать представления клиентом, представителем клиента и получать от клиента, представителя клиента документы, удостоверяющие личность, учредительные документы, документы о государственной регистрации юридического лица (индивидуального предпринимателя), а также иные документы, предусмотренные Федеральным законом от 07.08.2001 № 115-ФЗ "О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма" и принимаемыми на его основе нормативными правовыми актами Российской Федерации и нормативными актами Банка России.

7.2.4. Обмен информацией между Страховщиком, Страхователем, Застрахованным лицом при заключении, исполнении, изменении, досрочном прекращении договора страхования может осуществляться в бумажной и электронной форме в соответствии с положениями настоящих Правил, договора страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

7.2.4.1. Электронная форма обмена информацией при заключении, исполнении, изменении, досрочном прекращении договора страхования в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, может осуществляться следующими способами при наличии соответствующей технической возможности:

а) с использованием официального сайта Страховщика, страхового агента, страхового брокера, в том числе личного кабинета на официальном сайте Страховщика, страхового агента, страхового брокера, на специальных страницах официального сайта Страховщика, страхового агента, страхового брокера, или мобильного приложения Страховщика, страхового агента, страхового брокера, осуществляющих автоматизированное создание и отправку информации в информационную систему Страховщика, с соблюдением требований законодательства Российской Федерации в порядке и на условиях, предусмотренных в соглашении об электронном взаимодействии, размещаемом на официальном сайте Страховщика, страхового агента, страхового брокера или мобильном приложении Страховщика, страхового агента, страхового брокера. По тексту настоящих Правил именуется – "сайт/мобильное приложение";

б) со Страхователем - физическим лицом – с использованием финансовой платформы в соответствии с Федеральным законом от 20.07.2020 № 211-ФЗ "О совершении финансовых сделок с использованием финансовой платформы". По тексту настоящих Правил именуется – "финансовая платформа".

7.2.4.2. Под мобильным приложением понимается программное обеспечение Страховщика, страхового агента, страхового брокера, применяемое Страхователем (Застрахованным лицом) для обмена информацией в электронной форме между ним и Страховщиком, страховым агентом, страховым брокером с использованием технического устройства (мобильного телефона, смартфона или компьютера, включая планшетный компьютер), подключенного к информационно – телекоммуникационной сети "Интернет". Порядок использования мобильного приложения размещается на официальном сайте Страховщика, страхового агента, страхового брокера в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет".

7.3. Страхователь при заключении договора страхования по требованию Страховщика предоставляет документы (их копии, заверенные надлежащим образом) и сведения из числа следующих:

7.3.1. документы, удостоверяющие правоспособность и идентифицирующие юридическое лицо/индивидуального предпринимателя - Страхователя:

а) для юридического лица/индивидуального предпринимателя – резидента Российской Федерации:

* учредительные документы Страхователя;
* документы о государственной регистрации в качестве юридического лица/ индивидуального предпринимателя (свидетельство о государственной регистрации юридического лица или Лист записи Единого государственного реестра юридических лиц/Лист записи Единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей);
* свидетельство о постановке на учет в налоговом органе;

б) для юридического лица – нерезидента Российской Федерации:

* документ, признаваемый в Российской Федерации в соответствии с международным соглашением документом, удостоверяющим статус данного лица;
* документы, свидетельствующие о регистрации юридического лица – нерезидента в качестве налогоплательщика с указанием регистрационного номера, идентификационного номера налогоплательщика или кода иностранной организации;

7.3.2. документы, удостоверяющие личность и идентифицирующие физическое лицо - Страхователя (Застрахованное лицо):

* документы, признанные в соответствии с законодательством Российской Федерации документами, удостоверяющими личность;
* документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации;
* нотариально удостоверенный перевод документа, удостоверяющего личность (для физического лица – нерезидента Российской Федерации);

7.3.3. документы, удостоверяющие личность представителя Страхователя, и документы, подтверждающие его полномочия на подписание письменного заявления и(или) договора страхования;

7.3.4. сведения о количестве Застрахованных лиц, их ФИО, адресах, датах рождения, данные документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица (серия, номер, кем и когда выдан);

7.3.5. данные о Застрахованных лицах, необходимые для оценки страхового риска и влияющие на его степень, в том числе о состоянии здоровья, возрасте, профессиональной деятельности, занятии спортом и др.;

7.3.6. результаты обследования (медицинского освидетельствования) Застрахованного лица и(или) документы из медицинских учреждений, и(или) анкету о состоянии здоровья (п. 7.5 настоящих Правил), содержащие сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица;

7.3.7. предложения по перечню медицинских и иных услуг;

7.3.8. предложения по перечню медицинских и иных организаций;

7.3.9. сведения о размере страховой суммы на каждое Застрахованное лицо;

7.3.10. сведения о сроке, на который заключается договор страхования;

7.3.11. согласие на обработку персональных данных, в том числе специальных категорий персональных данных (включая врачебную тайну), если согласно законодательству Российской Федерации, Страховщик не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия.

7.4. Все представляемые Страховщику документы и сведения должны быть актуальными и действующими на момент подачи заявления на страхование.

Страхователь несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых (предоставляемых) им сведений.

7.5. До заключения договора страхования Страховщик вправе потребовать проведения обследования (медицинского освидетельствования) страхуемого лица для оценки состояния его здоровья и(или) потребовать заполнения анкеты о состоянии здоровья лица, принимаемого на страхование, и(или) запросить дополнительные документы из медицинских учреждений для определения степени риска.

7.6. Страховщик рассматривает заявление и иные представленные Страхователем материалы, проводит оценку страхового риска и сообщает Страхователю об условиях, на которых может быть заключен договор страхования.

7.6.1. В случае если представленные вышеуказанные документы не содержат информации, необходимой для определения вероятности наступления страхового риска, а также не позволяют установить достоверность информации, сообщенной Страхователем, провести идентификацию Страхователя (Застрахованного лица), Страховщик имеет право по согласованию со Страхователем запросить дополнительные документы, в частности содержащие сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица, необходимые для заключения договора страхования.

7.7. Договор страхования заключается в письменной форме ("договор страхования" или "страховой полис") в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

7.8. Договор страхования со Страхователем может быть заключен:

7.8.1. в виде бумажного документа: при непосредственном обращении к Страховщику (его уполномоченному представителю) с письменным или устным заявлением о намерении заключить договор страхования, или в порядке, установленном законодательством Российской Федерации для заключения договоров (контрактов) по итогам участия в конкурсных процедурах (если договор страхования заключается по результатам участия в конкурсных процедурах);

7.8.2. в виде электронного документа: с использованием "сайта/мобильного приложения", или с использованием "финансовой платформы" (последнее – только для страхователей – физических лиц, осуществляется в порядке, предусмотренном правилами оператора финансовой платформы), или в порядке, установленном законодательством Российской Федерации для заключения договоров (контрактов) по итогам участия в конкурсных процедурах (если договор страхования заключается по результатам участия в конкурсных процедурах).

7.9. Особенности заключения договора страхования в виде электронного документа при наличии соответствующей технической возможности:

7.9.1. При заключении договора страхования Страхователь, путем заполнения полей соответствующих форм, размещенных на странице "сайта/мобильного приложения", сайте "финансовой платформы", и(или) проставления специальных отметок на странице "сайте/мобильного приложения", сайте "финансовой платформы":

* сообщает сведения, необходимые для заключения договора страхования, и сведения о лицах, указываемых в договоре страхования;
* размещает документы, необходимые для заключения договора страхования (п. 7.3 настоящих Правил) в виде электронных документов или электронных копий документов;
* оформляет согласие на обработку персональных данных, в том числе специальных категорий персональных данных (включая врачебную тайну) (для Страхователей - физических лиц);
* подтверждает факт ознакомления с настоящими Правилами и(или) условиями страхования, Памяткой получателя страховых услуг, иными документами и информацией, предусмотренными действующим законодательством Российской Федерации. В последнем случае ознакомление с документами и информацией осуществляется предусмотренным законодательством Российской Федерации способом.

7.9.2. Если иной порядок не предусмотрен действующим законодательством Российской Федерации, заявление на страхование в электронной форме подписывается Страхователем – юридическим лицом усиленной квалифицированной электронной подписью, Страхователем – физическим лицом – простой электронной подписью.

7.9.3. Страхователь уплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в договоре страхования, условиях страхования к нему и настоящих Правилах, подтверждая тем самым свое согласие заключить этот договор на предложенных Страховщиком условиях.

7.9.4. Договор страхования с физическим лицом, составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса).

7.9.5. Договором страхования может быть предусмотрено размещение электронного образца индивидуального страхового полиса в личном кабинете Застрахованного лица на официальном сайте Страховщика, страхового агента, страхового брокера, при наличии у Застрахованного лица личного кабинета.

По требованию Страхователя (Застрахованного лица) Страховщик предоставляет распечатанные на бумажном носителе и заверенные им копии электронных документов без взимания дополнительной платы.

7.9.6. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включённые в текст договора страхования, обязательны для Страхователя, если в договоре страхования прямо указывается на применение Правил и сами Правила изложены в порядке, предусмотренном п. 7.10 настоящих Правил.

7.10. Вручение Страхователю при заключении договора страхования Правил страхования и(или) условий страхования удостоверяется записью в договоре страхования.

7.10.1. Правила страхования и(или) условия страхования могут быть:

а) изложены в договоре страхования либо на его оборотной стороне;

б) приложены к договору страхования как его неотъемлемая часть;

в) приведены в договоре страхования в виде ссылки на адрес размещения таких Правил страхования и(или) условий страхования на сайте Страховщика в сети "Интернет";

г) направлены Страхователю в виде соответствующего файла на указанный Страхователем адрес электронной почты;

д) вручены Страхователю на электронном носителе информации.

7.10.2. Вручение Страхователю при заключении договора страхования Правил и(или) условий страхования, в том числе на электронном носителе информации, удостоверяется записью в договоре страхования.

В случае доведения до Страхователя Правил страхования и(или) условий страхования согласно пп. "в", "г" п. 7.10.1 настоящих Правил Страхователь, уплачивая страховую премию (первый страховой взнос), подтверждает, что ознакомлен и согласен с условиями, содержащимися в договоре страхования, Правилах и(или) условиях страхования, и добровольно заключил этот договор страхования на предложенных Страховщиком условиях.

При заключении договора страхования в виде электронного документа факт ознакомления Страхователя с настоящими Правилами и(или) условиями страхования может подтверждаться, в том числе специальными отметками (подтверждениями), проставляемыми Страхователем в электронном виде на странице "сайта/мобильного приложения" или сайта "финансовой платформы".

7.10.3. В случае если документ, в котором изложены условия страхования, был представлен Страхователю без вручения текста документа на бумажном носителе, Страховщик обязан по требованию Страхователя выдать ему текст указанного документа на бумажном носителе.

7.11. После заключения договора страхования Страховщик, если это предусмотрено договором страхования:

7.11.1. или выдает Страхователю для Застрахованного лица документ, подтверждающий заключение договора страхования в пользу Застрахованного лица;

7.11.2. или направляет сведения о заключенном договоре страхования по электронной почте, указанной при заключении в договоре страхования;

7.11.3. или размещает документ, подтверждающий заключение договора страхования в пользу Застрахованного лица, в личном кабинете на сайте Страховщика, при его наличии у Застрахованного лица.

7.12. Все изменения и дополнения к договору страхования оформляются сторонами в письменной форме.

При изменении договора страхования обязательства сторон считаются измененными с момента заключения соглашения сторон об изменении договора страхования, если иное не вытекает из соглашения или характера изменения договора страхования.

При заключении договора страхования, в том числе, но не ограничиваясь, по итогам участия в конкурсных процедурах, проводимых Страхователем, Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил и о дополнении настоящих Правил, если это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации. При наличии расхождения между нормами договора страхования и настоящими Правилами преимущественную силу имеют положения договора страхования в части, не противоречащий нормам действующего законодательства.

7.12.1. При наличии технической возможности Страхователь может направлять Страховщику документы в электронной форме для заключения, изменения, досрочного прекращения договора страхования с использованием "сайта/мобильного приложения", сайта "финансовой платформы" в порядке и на условиях, предусмотренных в договоре страхования и(или) в соглашении об электронном взаимодействии, размещаемом на официальном сайте Страховщика, сайте "финансовой платформы".

При наличии технической возможности, а также если это прямо предусмотрено договором страхования, соответствующие заявления могут быть направлены Страхователем - физическим лицом путем заполнения соответствующих полей форм, размещенных на соответствующих страницах "сайта/мобильного приложения", сайта "финансовой платформы", и подписания Страхователем соответствующего заявления простой электронной подписью, Страхователем юридическим лицом – путем заполнения соответствующих полей форм, размещенных на соответствующих страницах "сайта/мобильного приложения", и подписания Страхователем соответствующего заявления квалифицированной электронной подписью.

Если действующим законодательством Российской Федерации предусмотрен иной порядок подписания документов в электронной форме, подписание документов Страхователем осуществляется с учетом требований действующего законодательства Российской Федерации.

7.12.2. Информация в электронной форме, отправленная Страховщику и подписанная простой электронной подписью Страхователя - физического лица признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью этого физического лица, если договором страхования не предусмотрено иное.

7.13. Порядок направления уведомлений, извещений и сообщений (далее – "письма").

7.13.1. Страховщик в связи с исполнением договора страхования направляет письма в адрес Страхователя способом, согласованным при заключении договора страхования.

7.13.2. Если иное не предусмотрено договором страхования, условиями страхования к нему или отдельным соглашением между Страховщиком и Страхователем, Страховщик направляет письма любым из следующих способов:

а) нарочным или почтовым отправлением по адресу, указанному в договоре страхования;

б) по адресу электронной почты, указанному в договоре страхования;

в) на номер мобильного телефона или адрес электронной почты, указанные и подтвержденные в личном кабинете физического лица – при наличии личного кабинета на сайте Страховщика или в мобильном приложении Страховщика;

г) в виде смс-сообщения или сообщения через мессенджер по телефону, указанному в договоре страхования (применимо для Страхователя – физического лица, индивидуального предпринимателя), за исключением случая, связанного с прекращением договора страхования;

д) путем непосредственного размещения письма в личном кабинете физического лица - при наличии личного кабинета на сайте Страховщика или в мобильном приложении Страховщика.

7.13.3. Гражданско-правовые последствия, связанные с направлением Страховщиком в адрес Страхователя писем, считаются наступившими для Страхователя с момента, указанного в тексте письма, а если данный момент не указан – с момента доставки письма Страховщика в адрес Страхователя, если договором страхования не предусмотрено иное.

7.13.4. При направлении писем Страхователю по адресу электронной почты, указанному в договоре страхования, письма направляются Страховщиком с адреса электронной почты Страховщика (работника Страховщика), имеющего формат: имя@sogaz.ru, с уведомлением о доставке.

7.13.5. Датой доставки письма считается:

а) при направлении по электронной почте – дата получения Страховщиком отчета о доставке электронного сообщения, содержащего уведомление о доставке письма, либо, при отсутствии отчета о доставке электронного сообщения, – рабочий день, следующий за датой направления электронного сообщения, содержащего письмо;

б) при направлении нарочным – дата вручения письма Страхователю под роспись;

в) при направлении почтовым отправлением:

* дата получения Страховщиком подтверждения о вручении Страхователю письма, либо
* дата получения Страховщиком подтверждения об отсутствии Страхователя по его адресу, указанному в договоре страхования, либо
* дата истечения срока хранения, если письмо было возвращено Страховщику в связи с истечением срока его хранения в отделении почтовой связи Страхователя, в том числе в тех случаях, если письмо не было вручено Страхователю по зависящим от него причинам или Страхователь не ознакомился с ним (например, если Страхователь уклонился от получения письма в отделении почтовой связи, в связи с чем письмо было возвращено по истечении срока хранения);

г) при направлении письма Страхователю путем размещения в личном кабинете письмо считается доставленным/полученным Страхователем с момента размещения указанного письма в личном кабинете;

д) при направлении Страховщиком письма в виде смс-сообщения или сообщения через мессенджер по телефону, указанному в договоре страхования (применимо для Страхователя – физического лица, индивидуального предпринимателя), письмо может считаться доставленным/полученным Страхователем по истечении 24 часов с момента отправки Страховщиком смс-сообщения или сообщения через мессенджер по телефону, указанному в договоре страхования.

7.13.6. В случае изменения адреса, адреса электронной почты, номера телефона Страхователя, указанных в договоре страхования (далее – контактные данные), Страхователь обязан в течение 5 (пяти) рабочих дней письменно известить об указанном Страховщика.

Если Страховщик не был извещен об изменении указанных данных заблаговременно, то риск неполучения направленных Страховщиком писем несет Страхователь.

7.13.7. Информация об адресе, адресе электронной почты, номере телефона, представленная Страхователем при заключении договора страхования, считается актуальной до момента получения Страховщиком информации об их изменении. При наличии нескольких отличающихся контактных данных Страхователя, по которым от Страхователя не поступало сообщение об их неактуальности, выбор контактных данных для отправки писем осуществляет Страховщик.

7.14. Договор страхования признается недействительным в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

**8. ВСТУПЛЕНИЕ В СИЛУ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

8.1. Срок действия договора страхования устанавливается по соглашению сторон договора страхования.

8.2. Договор страхования вступает в силу (если его условиями не предусмотрено иное):

а) с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты страховой премии (или ее первого страхового взноса при уплате в рассрочку), – при заключении договора страхования со Страхователем – юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем;

б) с момента уплаты страховой премии (или ее первого взноса при уплате в рассрочку), – при заключении договора страхования со Страхователем – физическим лицом.

8.2.1. Если договор страхования вступает в силу не ранее уплаты страховой премии (или первого страхового взноса - при уплате страховой премии в рассрочку) и к установленному договором страхования сроку:

а) страховая премия (или первый страховой взнос – при уплате страховой премии в рассрочку) не была уплачена или была уплачена не в полном объеме, то договор страхования в силу не вступает;

б) очередной страховой взнос (при уплате страховой премии в рассрочку) не был уплачен или был уплачен не в полном объеме, то Страховщик вправе применить последствия, указанные в п. 9.2 настоящих Правил.

8.2.2. Если договор страхования вступает в силу ранее уплаты страховой премии (или первого страхового взноса – при уплате страховой премии в рассрочку) и к установленному договором страхования сроку страховая премия (или страховой взнос (первый или очередной) – при уплате страховой премии в рассрочку) не была уплачена или была уплачена не в полном объеме, то Страховщик вправе применить последствия, указанные в п. 9.2 настоящих Правил.

8.3. Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на события, происшедшие после вступления договора страхования в силу.

8.4. Действие договора страхования заканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного в договоре как дата его окончания, если договором страхования не предусмотрено иное.

**9. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

9.1. Договор страхования прекращается:

9.1.1. по истечении срока его действия;

9.1.2. при исполнении Страховщиком обязательств перед Застрахованным лицом по договору страхования в полном объеме. При страховании по коллективному договору страхования в этом случае прекращается страхование только в отношении Застрахованного лица, по которому общий объем оказанных медицинских и(или) иных услуг, предусмотренных договором страхования и(или) Программой страхования, достиг страховой суммы, установленной в отношении Застрахованного лица;

9.1.3. в случае ликвидации Страховщика – в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

9.1.4. если возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в частности, в случае смерти Застрахованного лица. При страховании по коллективному договору страхования в этом случае прекращается страхование только в отношении умершего Застрахованного лица. В случае, когда договором страхования и(или) Программой страхования предусмотрена услуга по репатриации тела (урны с прахом) Застрахованного лица в случае его смерти, страхование в отношении умершего Застрахованного лица прекращается с момента доставки тела (урны с прахом) Застрахованного лица до ближайшего международного аэропорта страны, где постоянно проживало Застрахованное лицо (если Застрахованное лицо не являлось гражданином той страны, где произошла смерть), либо до ближайшего административного центра постоянного места жительства (если смерть Застрахованного лица произошла в стране, гражданином которой он являлся).

9.1.4.1. При прекращении договора страхования в соответствии с п. 9.1.4 настоящих Правил в целом или прекращении страхования в отношении какого-либо Застрахованного лица Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование. Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной страховой премии за неистекший срок действия договора страхования;

9.1.5. при отказе Страхователя от договора страхования. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

9.1.5.1. При отказе Страхователя от договора страхования уплаченная страховая премия в соответствии со ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации не подлежит возврату, если договором страхования не предусмотрено иное. При этом договор страхования прекращается с даты, указанной в письменном заявлении Страхователя об отказе от договора страхования как дата расторжения договора страхования, но не ранее даты получения от Страхователя письменного заявления.

9.1.5.2. Положения п. 9.1.5.1 настоящих Правил не распространяются на случаи, предусмотренные п. 9.1.5.3 настоящих Правил.

9.1.5.3. Если Страхователь – физическое лицо отказался от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения (если иной срок не установлен Указанием Банка России от 20.11.2015 № 3854-У "О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования" (далее – Указание № 3854-У) в редакции, действующей на дату заключения договора страхования), независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию или ее часть в следующем порядке:

а) если Страхователь – физическое лицо отказался от договора страхования до даты начала страхования (возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страхователю в полном объеме;

б) если Страхователь – физическое лицо отказался от договора страхования после даты начала страхования (возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования), Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования;

9.1.5.4. В случае, указанном в п. 9.1.5.3 настоящих Правил, договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования или с иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, указанного в абзаце первом п. 9.1.5.3 настоящих Правил. Заявление об отказе от договора страхования составляется Страхователем в произвольной письменной форме.

Также, при наличии технической возможности и, если это прямо предусмотрено договором страхования, направление заявления об отказе от договора страхования возможно с использованием "сайта/мобильного приложения", сайта "финансовой платформы" путем заполнения соответствующих полей форм, размещенных на соответствующих страницах "сайта/мобильного приложения", сайта "финансовой платформы" и подписания Страхователем заявления об отказе от договора страхования простой электронной подписью (если иной способ подписания не установлен действующим законодательством Российской Федерации).

9.1.5.5. Возврат Страхователю уплаченной страховой премии (ее части) в соответствии с п. 9.1.5.3 настоящих Правил производится по выбору Страхователя способом (наличными денежными средствами или в порядке безналичных расчетов), указанным Страхователем в заявлении об отказе от договора страхования, в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования;

9.1.6. по соглашению сторон. Страхование может быть прекращено, в том числе, в отношении отдельных Застрахованных лиц по коллективному договору страхования.

При досрочном прекращении договора страхования по соглашению сторон порядок взаиморасчетов и дата прекращения договора страхования определяется соглашением сторон;

9.1.7. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации или договором страхования.

9.2. Последствия неуплаты или уплаты не в полном объеме Страхователем страховой премии (или страхового взноса – при уплате страховой премии в рассрочку) по вступившему в силу договору страхования:

9.2.1. Если к установленному договором страхования сроку страховая премия (или первый страховой взнос – при уплате страховой премии в рассрочку) по вступившему в силу договору страхования, если договором страхования предусматривается его вступление в силу ранее срока уплаты страховой премии или первого взноса при уплате страховой премии в рассрочку, не была уплачена, наступают последствия, указанные в пп. "а" п. 9.2.1 настоящих Правил, либо Страховщик по своему усмотрению вправе применить последствия, предусмотренные в пп. "б" п. 9.2.1 настоящих Правил:

а) Договор страхования прекращается путем направления Страховщиком не менее чем за 30 (тридцать) календарных дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования письменного уведомления в адрес Страхователя в порядке, предусмотренном п. 7.13 настоящих Правил.

Дата досрочного прекращения договора страхования указывается Страховщиком в уведомлении, договор прекращается с 00 часов 00 минут даты, указанной в уведомлении как дата прекращения договора страхования. Если дата прекращения договора страхования не указана в уведомлении, то договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня после даты доставки уведомления, если иное не предусмотрено договором или уведомлением.

Датой доставки уведомления является дата, определенная в соответствии с п. 7.13 настоящих Правил.

При этом досрочное прекращение договора страхования не освобождает Страхователя от обязанности уплатить часть страховой премии за период действия договора страхования до даты его досрочного прекращения.

б) Страховщик вправе предложить Страхователю расторгнуть договор страхования по соглашению сторон. При этом досрочное расторжение договора страхования не освобождает Страхователя от обязанности уплатить часть страховой премии за период действия договора страхования до даты его расторжения. Дата досрочного расторжения договора страхования указывается в заключенном со Страхователем дополнительном соглашении к договору страхования;

9.2.2. Если к установленному договором страхования сроку не был уплачен очередной страховой взнос (при уплате страховой премии в рассрочку), наступают последствия, указанные в пп. "а" п. 9.2.3 настоящих Правил, либо Страховщик по своему усмотрению вправе применить последствия, указанные в пп. "б" – "в" п. 9.2.3 настоящих Правил;

9.2.3. Если к установленному договором страхования сроку страховая премия (или страховой взнос (первый или очередной) по вступившему в силу договору страхования – при уплате страховой премии в рассрочку) была уплачена не в полном объеме, наступают последствия, указанные в пп. "а" п. 9.2.3 настоящих Правил, либо Страховщик по своему усмотрению вправе применить последствия, предусмотренные в пп. "б" – "г" п. 9.2.3 настоящих Правил:

а) Договор страхования прекращается путем направления Страховщиком не менее чем за 30 (тридцать) календарных дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования письменного уведомления в адрес Страхователя в порядке, предусмотренном п. 7.13 настоящих Правил.

Дата досрочного прекращения договора страхования указывается Страховщиком в уведомлении, договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут даты, указанной в уведомлении как дата прекращения договора страхования. Если дата прекращения договора страхования не указана в уведомлении, то договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за последним днем оплаченного периода действия договора страхования (в днях), рассчитанного пропорционально уплаченной части страховой премии, но не ранее 00 часов 00 минут дня после даты доставки уведомления, если иное не предусмотрено договором страхования или уведомлением.

Датой доставки уведомления является дата, определенная в соответствии с п. 7.13 настоящих Правил.

Договором страхования может быть предусмотрен иной способ расчета оплаченного периода действия договора страхования.

При этом досрочное прекращение договора страхования не освобождает Страхователя от обязанности уплатить часть страховой премии за период действия договора страхования до даты его досрочного прекращения.

б) Страховщик вправе предложить Страхователю расторгнуть договор страхования по соглашению сторон. При этом досрочное расторжение договора страхования не освобождает Страхователя от обязанности уплатить часть страховой премии за период действия договора страхования до даты его расторжения. Дата досрочного расторжения договора страхования указывается в заключенном со Страхователем дополнительном соглашении к договору страхования.

в) Страховщик вправе предложить Страхователю заключить соглашение об изменении срока уплаты страховой премии (страхового взноса) по договору страхования.

г) Страховщик вправе в письменной форме согласовать со Страхователем изменение (сокращение) срока действия договора страхования в соответствии с уплаченной частью страховой премии;

9.2.4. В случае поступления от Страхователя просроченной страховой премии (просроченного страхового взноса) до прекращения (расторжения) договора страхования в соответствии с пп. "а" – "б" п. 9.2.1 / п. 9.2.3 настоящих Правил договор страхования продолжает действовать;

9.2.5. При прекращении договора страхования Страховщик продолжает нести ответственность по страховой выплате по страховому случаю, наступившему до прекращения договора страхования.

9.3. В случае прекращения договора страхования по причине неуплаты очередного страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) Страховщик уведомляет медицинские и иные организации о прекращении оказания медицинских и иных услуг по данному договору.

9.4. Страховщик вправе потребовать признания заключенного договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных ст. 179 Гражданского кодекса Российской Федерации, если после заключения договора будет установлено, что Страхователь при заключении договора страхования сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имевших существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможного ущерба от его наступления. Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования, в Заявлении на страхование или письменном запросе Страховщика в соответствии с п. 7.2, п. 7.3 настоящих Правил.

9.5. Страховщик вправе требовать расторжения договора страхования в случае неисполнения Страхователем обязанности незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными существенных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут повлиять на увеличение страхового риска (п. 10.2.11 настоящих Правил). При этом Страховщик также вправе требовать возмещения убытков, причиненных расторжением договора страхования (п. 5 ст. 453 Гражданского кодекса Российской Федерации).

9.6. Для получения (возврата) страховой премии или ее части при досрочном прекращении договора страхования, если такой возврат предусмотрен договором страхования и(или) настоящими Правилами, Страхователь – физическое лицо (его представитель) представляет Страховщику следующие документы:

* договор страхования – по требованию Страховщика;
* заявление Страхователя о досрочном прекращении договора страхования, составленное в произвольной форме, с приложением банковских реквизитов для осуществления перечисления страховой премии или ее части, если возврат осуществляется безналичным переводом на расчетный счет;
* документ, удостоверяющий личность Страхователя;
* документ, удостоверяющий личность представителя Страхователя обратившегося за получением части страховой премии. Если с заявлением о досрочном прекращении договора страхования обратился представитель, у него должна быть надлежащим образом оформленная доверенность, выданная представителю, подтверждающая полномочия на подписание заявления и(или) получение части страховой премии.

9.7. Для получения (возврата) страховой премии или ее части при досрочном прекращении договора страхования со Страхователем - юридическим лицом оформляется дополнительное соглашение.

9.8. В случае ликвидации Страхователя – юридического лица или смерти Страхователя – физического лица, заключившего договор страхования в отношении другого лица (Застрахованного лица), права и обязанности, определённые этим договором, переходят к Застрахованному лицу с его согласия. При невозможности выполнения Застрахованным лицом обязанностей по договору страхования, права и обязанности Страхователя, перешедшие к Застрахованному лицу, осуществляются лицами, несущими в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации обязанности по охране прав и законных интересов Застрахованного лица.

9.8.1. Если Застрахованное лицо или лицо, несущее в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации обязанности по охране прав и законных интересов Застрахованного лица, отказалось от перехода к нему прав и обязанностей Страхователя, договор страхования прекращается.

9.8.2. Если страховая премия по договору страхования уплачена Страхователем полностью, договор страхования действует до даты его окончания, согласие Застрахованного лица на переход к нему прав и обязанностей Страхователя не требуется.

9.9. Действие досрочно прекращаемого договора страхования заканчивается в 00 часов 00 минут дня, указанного как дата его досрочного прекращения.

9.10. Обязательства сторон в случае прекращения договора страхования по соглашению сторон считаются прекращенными с момента заключения соглашения сторон о прекращении договора страхования, если иное не вытекает из соглашения.

9.11. В случае прекращения договора страхования в отношении всех или отдельных Застрахованных лиц Страховщик уведомляет медицинские и иные организации о прекращении оказания медицинских и иных услуг по данному договору в отношении всех или отдельных Застрахованных лиц соответственно.

9.12. При "страховании в эквиваленте" возврат страховой премии (ее части) при прекращении договора страхования производится в рублях по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату уплаты страховой премии (при уплате страховой премии в рассрочку – на дату уплаты страховых взносов, подлежащих возврату), если законодательством Российской Федерации или договором страхования не предусмотрено иное.

9.13. Направление Страховщику документов в электронной форме для досрочного прекращения договора страхования и(или) об отказе от договора страхования, если это предусмотрено договором страхования, может осуществляться Страхователем с использованием "сайта/мобильного приложения" или сайта "финансовой платформы" при наличии такой технической возможности с соблюдением требований законодательства Российской Федерации.

В указанном случае, Страхователь:

9.13.1. заполняет поля соответствующих форм, размещенных на странице "сайта/мобильного приложения", сайта "финансовой платформы", и(или) проставляет специальные отметки на странице "сайте/мобильного приложения", сайте "финансовой платформы",

9.13.2. размещает документы в виде электронных документов или электронных копий документов.

Заявление о досрочном прекращении договора страхования и(или) об отказе от договора страхования в электронной форме подписывается Страхователем – юридическим лицом усиленной квалифицированной электронной подписью, Страхователем – физическим лицом – простой электронной подписью.

Если действующим законодательством Российской Федерации предусмотрен иной порядок подписания документов в электронной форме, подписание документов Страхователем осуществляется с учетом требований действующего законодательства Российской Федерации.

**10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**10.1. Страхователь имеет право:**

10.1.1. требовать организации предоставления Застрахованным лицам в медицинских и иных организациях, предусмотренных договором страхования, медицинских и(или) иных услуг, определенных договором страхования и(или)Программой страхования, при наступлении страхового случая;

10.1.2. в течение срока действия договора страхования обратиться к Страховщику с просьбой изменить объем медицинских и(или) иных услуг, предусмотренный договором страхования и(или) Программой страхования, перечень медицинских и иных организаций, размер страховой суммы, срок действия договора страхования. Все изменения, а также порядок взаиморасчетов сторон при изменении условий страхования вносятся в договор страхования в письменной форме;

10.1.3. обратиться с письменным заявлением к Страховщику с предложением досрочно прекратить договор страхования, в том числе в отношении отдельных Застрахованных лиц по коллективному договору страхования;

10.1.4. обратиться с письменным заявлением к Страховщику с предложением дополнительно включить в коллективный договор страхования новых Застрахованных лиц;

10.1.5. ознакомиться с настоящими Правилами;

10.1.6. получить дубликат договора страхования в случае его утраты, обратившись к Страховщику с письменным заявлением, составленным в произвольной форме;

10.1.7. с согласия Страховщика произвести замену Застрахованного лица по договору страхования.

Замена Застрахованного лица по договору страхования производится в соответствии с п. 2 ст. 955 Гражданского кодекса Российской Федерации.

**10.2. Страхователь обязан:**

10.2.1. своевременно уплачивать страховую премию в размере и порядке, предусмотренные договором страхования;

10.2.2. обеспечить достоверность и правильность сведений о Застрахованных лицах, сообщаемых Страховщику при заключении договора страхования, а также предоставлять Страховщику сведения о дополнительно включаемых или заменяемых Застрахованных лицах при внесении изменений в Список Застрахованных лиц. По требованию Страховщика предоставить анкету о состоянии здоровья Застрахованного лица и(или) результаты медицинского освидетельствования при принятии его на страхование;

10.2.3. при заключении договора страхования сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможного ущерба от его наступления;

10.2.4. при заключении договора страхования сообщить Страховщику сведения, позволяющие провести идентификацию Страхователя, представителя Страхователя, Застрахованного лица, представителя Застрахованного лица, бенефициарного владельца; предоставить Страховщику необходимые документы и сведения в соответствии с п. 7.2, п. 7.3 настоящих Правил. В период действия договора страхования не позднее 7 (семи) дней сообщить Страховщику об имеющихся изменениях в идентификационных сведениях, представленных перед заключением договора страхования, с предоставлением оригиналов документов или соответствующим образом заверенных копий;

10.2.5. если договором страхования предусмотрена выдача Застрахованному лицу документа, подтверждающего заключение договора страхования в его пользу, передать Застрахованному лицу в соответствии с договором страхования указанный документ, в том числе при необходимости – именной, а при его утрате - дубликат, а также ознакомить Застрахованных лиц с условиями договора страхования;

10.2.6. довести до сведения Застрахованных лиц (их представителей) положения настоящих Правил и условия договора страхования;

10.2.7. своевременно сообщить Страховщику об изменении своих банковских реквизитов, адреса места нахождения, номеров контактных телефонов и телефаксов, адресов электронной почты, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного лица и его фактического места жительства;

10.2.8. получить от Застрахованных лиц, а в случае, если Страхователем заключается договор в отношении себя, предоставить самостоятельно письменное согласие на обработку Страховщиком и организациями, оказывающими медицинские и иные услуги, персональных данных Застрахованных лиц, в том числе персональных данных специальной категории, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации;

10.2.9. предоставить Страховщику оригиналы письменных согласий Застрахованных лиц, указанные в п. 10.2.8 настоящих Правил, в течение 3 (трех) рабочих дней с даты получения запроса от Страховщика, если иной срок не предусмотрен договором страхования;

10.2.10. совершать другие действия, предусмотренные настоящими Правилами и(или) договором страхования;

10.2.11. Договором страхования может быть предусмотрена обязанность Страхователя (Застрахованного лица) незамедлительно, но в любом случае не позднее 3 (трех) рабочих дней, сообщать Страховщику способом, обеспечивающим фиксирование текста (с указанием отправителя) и даты сообщения (по электронной почте, факсимильной связи, телеграммой и т.п.) о ставших ему известными существенных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут повлиять на увеличение страхового риска, в частности, о выявлении у Застрахованного лица определенных заболеваний, состояний, существенно повышающих вероятность обращения за оказанием медицинских и иных услуг, установление Застрахованному лицу инвалидности. Перечень обстоятельств (в том числе заболеваний), о которых Страхователь (Застрахованное лицо) обязан сообщить Страховщику, указывается в договоре страхования.

При неисполнении Страхователем (Застрахованным лицом) обязанности, указанной в данном пункте, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора в соответствии с п. 5 ст. 453 Гражданского кодекса Российской Федерации.

**10.3. Страховщик имеет право:**

10.3.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) информацию, а также соблюдение условий договора страхования в течение срока его действия;

10.3.2. не оплачивать медицинские и иные услуги в случаях, предусмотренных п.п. 4.1, 4.3, 4.6 настоящих Правил;

10.3.3. в течение срока действия договора страхования потребовать заполнения Застрахованным лицом анкеты по установленной Страховщиком форме в случае поступления от Страхователя обращения по поводу изменения условий договора страхования в течение срока его действия (изменения видов медицинских и иных услуг, перечня медицинских и иных учреждений, размера страховых сумм, состава Застрахованных лиц и др.);

10.3.4. потребовать изменения условий договора страхования и(или) уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению степени риска в случае существенного изменения обстоятельств по сравнению с оговоренными в договоре страхования (п. 10.2.11 настоящих Правил), а при несогласии Страхователя с изменением условий договора страхования (в том числе сокращения срока его действия, уменьшения объема услуг, установления лимитов ответственности и др.) и(или) доплатой страховой премии, потребовать расторжения договора страхования в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации;

10.3.5. в случае если Страховщику стало достоверно известно, что Застрахованное лицо отказалось предоставить согласие на обработку Страховщиком своих персональных данных или отозвало его, такой отказ признается Страховщиком и Страхователем в качестве волеизъявления Страхователя и Застрахованного лица об отказе от оказания услуг по добровольному медицинскому страхованию в отношении данного Застрахованного лица в рамках договора страхования, в связи с чем Страховщик вправе не заключать договор страхования или прекратить страхование в отношении данного Застрахованного лица;

10.3.6. привлекать третьих лиц в целях заключения и исполнения договора страхования.

**10.4. Страховщик обязан:**

10.4.1. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами. При заключении договора страхования вручить Страхователю договор страхования, настоящие Правила и(или) условия страхования к договору страхования в порядке, предусмотренном п. 7.10 настоящих Правил;

10.4.2. по требованию Страхователя (Застрахованного лица), а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, разъяснять положения, содержащиеся в настоящих Правилах, договоре страхования и(или) условиях страхования к нему;

10.4.3. организовать предоставление Застрахованным лицам медицинских и иных услуг в объеме, предусмотренном договором страхования и(или) Программой страхования, согласно условиям договора страхования;

10.4.4. при наступлении страховых случаев оплатить медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованным лицам в соответствии с условиями договора страхования;

10.4.5. если договором страхования предусмотрена выдача Застрахованному лицу документа, подтверждающего заключение договора страхования в его пользу, в течение срока, указанного в договоре страхования, выдать Застрахованному лицу указанный документ, в том числе при необходимости именной;

10.4.6. выдать Страхователю дубликат договора страхования в случае его утраты на основании письменного заявления Страхователя, составленного в произвольной форме;

10.4.7. в случае невозможности оказания медицинской или иной организацией Застрахованному лицу отдельных услуг, предусмотренных договором страхования, организовать и(или) оплатить оказание аналогичных по качеству медицинских и(или) иных услуг в другой медицинской или иной организации.

При самостоятельной организации Застрахованным лицом получения медицинских и(или) иных услуг без участия Страховщика последний вправе не возмещать понесенные Застрахованным лицом расходы (если они не были согласованы со Страховщиком);

10.4.8. контролировать объём и качество предоставляемых Застрахованному лицу медицинских и иных услуг;

10.4.9. проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со Страхователем при заключении договора страхования. Если иное не предусмотрено договором страхования, условиями страхования к нему или отдельным соглашением между Страхователем и Страховщиком, информирование осуществляется в порядке, предусмотренном п. 7.13 настоящих Правил;

10.4.10. по запросу Страхователя (Застрахованного лица) проинформировать его:

а) обо всех предусмотренных договором страхования и(или) настоящими Правилами необходимых действий, которые Застрахованное лицо должно предпринять, и обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и представления документов;

б) о предусмотренных договором страхования и(или) настоящими Правилами форме и способах осуществления страховой выплаты, и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав Застрахованного лица на получение страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в договоре страхования.

Информирование осуществляется в той же форме, в которой был сделан запрос Страхователя (Застрахованного лица), либо в форме, указанной в запросе (устной, на бумажном носителе или электронной);

10.4.11. совершать другие действия, предусмотренные договором страхования и(или) настоящими Правилами.

**10.5. Застрахованное лицо имеет право:**

10.5.1. требовать предоставления медицинских и(или) иных услуг в соответствии с условиями договора страхования и(или) Программы страхования;

10.5.2. только если это предусмотрено договором страхования, либо в случае согласования Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица, Страхователем) со Страховщиком в письменной форме страховой выплаты в форме возмещения расходов на оплату медицинских и иных услуг, - требовать возмещения личных средств, израсходованных на получение медицинских и иных услуг (за исключением услуг по репатриации тела (урны с прахом) Застрахованного лица);

10.5.3. сообщить Страховщику о случаях непредоставления медицинских и иных услуг, неполного или некачественного предоставления таких услуг.

**10.6. Застрахованное лицо обязано:**

10.6.1. соблюдать предписания лечащего врача, соблюдать распорядок, установленный медицинской или иной организацией;

10.6.2. если договором страхования предусмотрена выдача Застрахованному лицу именного документа, удостоверяющего заключение в отношении него договора страхования, – заботиться о сохранности указанного документа и не передавать его другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг;

10.6.3. при обращении в медицинскую или иную организацию предъявить документ, удостоверяющий личность, именной документ, подтверждающий заключение в отношении Застрахованного лица договора страхования (п. 7.11 настоящих Правил) – по требованию медицинской или иной организации.

10.7. Стороны обязуются соблюдать конфиденциальность в отношении информации, полученной при выполнении договора страхования. Конфиденциальными сведениями по договору страхования признаются: сведения о Застрахованных лицах, сведения о факте обращения Застрахованного лица за медицинскими и иными услугами, сведения о заболеваниях Застрахованных лиц, размере страховой суммы, страховой премии, страховых выплат.

10.8. Страховщик и Страхователь обязаны соблюдать требования Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных".

10.9. Договором страхования также могут быть предусмотрены другие права и обязанности сторон.

**11. СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ**

11.1. Страховая выплата определяется стоимостью медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу в соответствии с условиями договора страхования, и не может превышать установленной для данного Застрахованного лица страховой суммы или лимита ответственности Страховщика, указанных в договоре страхования. В случае установления в договоре страхования франшизы (Раздел 5 настоящих Правил) определение размера страховой выплаты производится с учетом порядка установления франшизы, предусмотренного договором страхования.

11.2. Страховая выплата за оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги производится в следующем порядке:

11.2.1. в медицинскую или иную организацию в порядке, в сроки и по расценкам, предусмотренным договором, заключенным между Страховщиком и медицинской или иной организацией.

Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу услуг условиям договора страхования.

11.2.1.1. Страховщик вправе осуществлять страховую выплату в медицинскую организацию на базе следующих методов, применяемых медицинскими организациями:

а) за отдельную простую, сложную и(или) комплексную медицинскую помощь, а также иные услуги, предоставляемые медицинской организацией и связанные с предоставлением медицинских услуг;

б) за число койко-дней (при стационарном и стационарозамещающем лечении), в стоимость которой могут входить все или отдельные медицинские услуги, а также иные услуги, оказываемые Застрахованному лицу;

в) по законченному случаю оказания медицинских услуг;

г) по установленному медицинской организацией нормативу за медицинское обслуживание, которое в случае обращения Застрахованного лица за медицинской помощью будет предоставлено медицинской организацией Застрахованному лицу;

д) иных методов, которые вправе применять медицинская организация.

Оплата медицинских услуг (пп. "а" – "в" п. 11.2.1.1 настоящих Правил) производится на основании счета (счета-фактуры) и акта выполненных работ, выставленного Страховщику медицинской организацией. К счету прилагаются документы с указанием перечня оказанных услуг, их стоимости, дат оказания услуг, Застрахованных лиц, общей суммы расходов по всем услугам, оказанным Застрахованным лицам.

Оплата медицинских услуг (пп. "г" – "д" п. 11.2.1.1 настоящих Правил) производится на основании счета, выставленного Страховщику медицинской организацией. Акт выполненных работ за оказанные Застрахованным лицам медицинские услуги оформляется в порядке и сроки, предусмотренные договором, заключенным между Страховщиком и медицинской организацией;

11.2.2. в форме возмещения Страховщиком расходов Застрахованного лица (представителя Застрахованного лица) на оплату медицинских и иных услуг – только если это прямо предусмотрено договором страхования и(или) Программой страхования, либо в случаях согласования Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица, Страхователем) такой формы возмещения со Страховщиком в письменном виде.

11.3. Для получения страховой выплаты в соответствии с п. 11.2.2 настоящих Правил Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) должно в течение 30 (тридцати) дней со дня получения Застрахованным лицом медицинских и иных услуг (если иной срок не предусмотрен договором страхования) предоставить Страховщику следующие документы (перечень предоставляемых документов может быть сокращен Страховщиком в зависимости от конкретного страхового случая):

11.3.1. **Письменное заявление на страховую выплату**;

11.3.2. **Документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица** (для совершеннолетнего Застрахованного лица – паспорт, для несовершеннолетнего Застрахованного лица - свидетельство о рождении).

11.3.2.1. Если с заявлением на страховую выплату обращается представитель Застрахованного лица, то необходимо предоставить надлежащим образом оформленную доверенность, подтверждающую полномочия на подписание заявления (или на получение страховой выплаты) и документ, удостоверяющий личность;

11.3.2.2. Если с заявлением на страховую выплату обращается представитель несовершеннолетнего Застрахованного лица, то необходимо предоставить документ, удостоверяющий личность, и копию документа, подтверждающего право представителя Застрахованного лица действовать в интересах Застрахованного лица;

11.3.3. **Документы, необходимые** в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации **для идентификации** лица, обратившегося за страховой выплатой;

11.3.4. **Согласие на обработку персональных данных**, в том числе специальных категорий персональных данных (включая врачебную тайну) – в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации, Страховщик не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия;

11.3.5. **Документы, необходимые для определения факта, причин и обстоятельств произошедшего события, характера и размера ущерба**, которые оформлены надлежащим образом в соответствии с законодательством страны оказания медицинских услуг в том числе:

11.3.5.1. Документ, подтверждающий факт обращения Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг, с указанием даты обращения Застрахованного лица за медицинской помощью, жалоб, данных объективного статуса, данных исследований, диагноза, срока лечения, назначений;

11.3.5.2. Для возмещения стоимости оплаченных медицинских и иных услуг – реестр оказанных медицинских и иных услуг с указанием их наименования, количества, дат оказания и стоимости;

11.3.5.3. Для возмещения стоимости оплаченных лекарственных средств – рецепты из медицинской организации, куда Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг и врачом которой были назначены лекарственные средства;

11.3.5.4. Для возмещения стоимости изделий медицинского назначения:

11.3.5.4.1. при оперативном лечении – документы из медицинской организации, куда Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг, с обоснованием лечащего врача о наличии медицинских показаний для использования данных изделий, а также документы, подтверждающие их использование (указание использованных расходных материалов в выписном эпикризе);

11.3.5.4.2. при амбулаторном лечении – документы из медицинской организации, куда Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг, с обоснованием лечащего врача о наличии медицинских показаний для использования данных изделий;

11.3.5.5. Документы, подтверждающие оплату медицинских и(или) иных услуг, приобретение лекарственных средств и(или) изделий медицинского назначения (кассовые, товарные чеки, товарные накладные с указанием их наименования, количества и стоимости);

11.3.5.6. Копии всех документов, направленных Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица) в компетентные органы (например, в медицинские организации) в связи с обращением по заявленному событию.

11.3.5.6.1. В случае, если соответствующие компетентные органы отказали в выдаче каких-либо документов, запрошенных Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица), Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) направляет Страховщику копию соответствующего запроса и письменного ответа на него, если таковой получен. Страховщик анализирует имеющиеся в его распоряжении документы и дает Застрахованному лицу (представителю Застрахованного лица) рекомендации, куда следует обратиться, какие документы возможно предоставить взамен ранее запрошенных, предоставить которые невозможно, а также дает рекомендации о дальнейших действиях Застрахованного лица;

11.3.6**. Банковские реквизиты для осуществления страховой выплаты** (если лицо, обратившееся за страховой выплатой, выбрало вариант безналичного перечисления страховой выплаты), а также распоряжение Застрахованного лица о порядке осуществления страховой выплаты;

11.3.7. **Документы из числа указанных в п. 11.3 настоящих Правил, которые оформлены надлежащим образом** (если ранее Страховщик уведомил о ненадлежащем оформлении представленных документов в соответствии с п. 11.4 настоящих Правил).

11.4. Документы, предоставляемые Страховщику, должны быть оформлены надлежащим образом (оригиналы подписаны уполномоченным лицом, копии – заверены уполномоченным лицом, приложены доверенности на право заверения копий документов, проставлены все необходимые печати, многостраничные документы или пакеты документов прошиты, скреплены подписью уполномоченного лица и печатью, документы компетентных органов заверены печатью организации, выдавшей документ, и т.д.). Ко всем документам, составленным на иностранном языке, должен быть приложен перевод на русский язык, подготовленный и заверенный специализированной организацией, осуществляющей деятельность по переводу документов. Сведения, содержащиеся в документах, должны быть разборчивыми, читаемыми. Все аббревиатуры и сокращения должны быть расшифрованы. Термины (условные обозначения) необходимо пояснять или расшифровывать.

11.5. Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу услуг условиям договора страхования и(или) Программы страхования, при этом при определении размера страховой выплаты учитываются только те медицинские и(или) иные услуги, которые предусмотрены условиями договора страхования и(или) Программы страхования.

11.6. В случае, если имеются основания полагать, что обращение Застрахованного лица за медицинскими и иными услугами вызвано расстройством здоровья Застрахованного лица или состоянием Застрахованного лица, обращение в связи с которыми не является застрахованным согласно договору страхования, а документы, предоставленные в соответствии с п. 11.3 настоящих Правил, не содержат информацию, позволяющую однозначно определить, является ли обращение Застрахованного лица за медицинскими и иными услугами страховым случаем согласно договору страхования, Страховщик вправе с учетом конкретных обстоятельств события для подтверждения факта и причин наступления страхового случая, размера страховой выплаты, в письменной форме запросить у компетентных органов (например, медицинских организаций, предприятий, учреждений), располагающих информацией об обстоятельствах произошедшего события, следующие документы:

11.6.1. медицинские карты (первичную медицинскую документацию) амбулаторного или стационарного больного и(или) выписки из медицинских карт (оригиналы или копии, заверенные главным врачом или заместителем главного врача и печатью медицинского учреждения) Застрахованного лица, действительные на момент обращения Застрахованного лица за оказанием медицинских и(или) иных услуг, а также за 5 (пять) лет, предшествующих страховому случаю или вступлению договора страхования в силу, из всех медицинских организаций, в которые обращалось Застрахованное лицо;

11.6.2. документы, подтверждающие получение Застрахованным лицом медицинских и иных услуг;

11.6.3. документы Управления Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации или его структурных подразделений, подтверждающие диагноз заболевания Застрахованного лица;

11.6.4. справку из специализированных лечебно-профилактических медицинских организаций и их подразделений (Центра профпатологии, клиник и отделов профзаболеваний, выполняющих их функции), имеющих соответствующую лицензию и сертификат о праве устанавливать диагноз профессионального заболевания; акт о случае профессионального заболевания;

11.6.5. справку учреждения медико-социальной экспертизы об установлении группы инвалидности, направление на медико-социальную экспертизу, протокол проведения медико-социальной экспертизы в федеральном государственном учреждении медико-социальной экспертизы по форме, утвержденной Минтрудсоцзащиты Российской Федерации, акт медико-социальной экспертизы по форме, утвержденной Минтрудсоцзащиты Российской Федерации;

11.6.6. справки из наркологических, туберкулезных, психиатрических, кожно-венерологических диспансеров;

11.6.7. акт судебно-медицинского или патологоанатомического исследования;

11.6.8. акт судебно-химического, химико-токсикологического исследования;

11.6.9. акт медицинского освидетельствования на состояние опьянения;

11.6.10. постановление о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела, решение, принятое (в том числе в судебном порядке) по уголовному делу;

11.6.11. постановление об административном правонарушении;

11.6.12. справку медицинской организации с указанием наличия или отсутствия у Застрахованного лица алкогольного, наркотического, токсического опьянения при наступлении патологического состояния и(или) получения травмы (зафиксированные на момент поступления в медицинскую организацию признаки опьянения, или результаты исследования биологических материалов на содержание этилового спирта, наркотических или токсических веществ);

11.6.13. акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1;

11.6.14. справку о дорожно-транспортном происшествии;

11.6.15. выписку из журнала учета больных и отказов в госпитализации;

11.6.16. извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом;

11.6.17. протокол военно-врачебной комиссии;

11.6.18. оригиналы и(или) копии инструментальных, лабораторных методов исследований (снимки, анализы, гистология);

11.6.19. результаты профилактических, предварительных, периодических, предсменных, предрейсовых (послесменных, послерейсовых) и иных медицинских осмотров, результаты диспансеризации;

11.6.20. справку о нахождении Застрахованного лица на диспансерном учете (с указанием времени, с которого взят на учет, и диагноза);

11.6.21. медицинское свидетельство о смерти (форма 106/у-08);

11.6.22. в Территориальном Фонде обязательного медицинского страхования и(или) страховых компаниях, работающих в системе обязательного медицинского страхования - информацию о медицинских услугах, оказанных Застрахованному лицу в системе обязательного медицинского страхования.

11.7. Документы, представленные в соответствии с п. 11.3, п. 11.6 настоящих Правил, должны содержать необходимую и достаточную информацию, которая позволяет Страховщику сделать однозначный вывод о том, является ли произошедшее событие страховым случаем согласно договору страхования или нет. Страховщик вправе самостоятельно принять решение о достаточности фактически представленных документов для признания произошедшего события страховым случаем, определения размера ущерба, подтверждения права заявителя на получение страховой выплаты, сократив перечень предоставляемых Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица) документов из числа указанных в п. 11.3 настоящих Правил.

11.8. После получения Страховщиком последнего из представленных Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица) документов в случае выявления факта предоставления Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица) документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и(или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями настоящих Правил и(или) договора страхования, Страховщик обязан:

* принять их, при этом срок, указанный в п. 11.11.2 настоящих Правил, не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;
* уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и(или) ненадлежащим образом оформленных документов.

11.8.1. Срок уведомления обратившихся за выплатой физических лиц о выявлении факта предоставления ими документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и(или) ненадлежащим образом оформленных документов не должен превышать 15 (пятнадцать) рабочих дней.

11.9. Документы, указанные в п. 11.3 настоящих Правил, могут быть предоставлены Страховщику:

11.9.1. в виде бумажных документов;

11.9.2. в форме электронных копий документов или электронных документов.

11.9.2.1. Электронные копии документов или электронные документы, предусмотренные п. 11.9.2 настоящих Правил, направляются в адрес Страховщика с использованием "сайта/мобильного приложения" (при наличии такой технической возможности), если это предусмотрено договором страхования.

11.9.2.2. Соответствие электронных копий документов или электронных документов оригиналу данного документа может подтверждаться, в том числе, проставлением специальных отметок на форме загрузки электронных копий документов или электронных документов о подтверждении указанного соответствия.

Страховщик вправе запросить у Застрахованного лица (представителя Застрахованного лица) оригиналы (копии) документов, предоставленных в виде электронных копий документов или электронных документов, на бумажном носителе, оформленные в порядке, предусмотренном п. 11.4 настоящих Правил, которые должны быть представлены Страховщику в срок, указанный в запросе.

11.10. Взаимодействие между Страховщиком и лицом, обратившимся за выплатой, при рассмотрении заявления о страховой выплате, осуществляется способом, указанным в договоре страхования, или согласованном между Страховщиком и Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица) при направлении заявления на страховую выплату (способ считается согласованным при наличии письменно зафиксированного подтверждения согласия Застрахованного лица (представителя Застрахованного лица) на предложенный Страховщиком способ взаимодействия).

В случае направления Страховщику электронных копий документов или электронных документов, указанных в п. 11.3 настоящих Правил, если такой способ взаимодействия предусмотрен договором страхования, уведомления, извещения, сообщения Страховщика при рассмотрении заявления о страховой выплате могут направляться по выбору Страховщика способами, предусмотренными пп. "а" – "г" п. 7.13 настоящих Правил, если иное не предусмотрено договором страхования.

11.11. После получения всех необходимых и надлежащим образом оформленных документов и сведений (п. 11.2.1 настоящих Правил – при осуществлении выплаты в медицинскую или иную организацию; п. 11.2.2 настоящих Правил – при осуществлении выплаты в форме возмещения) Страховщик:

11.11.1. по п. 11.2.1. настоящих Правил осуществляет страховую выплату в медицинскую или иную организацию в порядке и в сроки в соответствии с условиями договора между Страховщиком и медицинской или иной организацией;

11.11.2. по п. 11.2.2 настоящих Правил – рассматривает их в течение 30 (тридцати) рабочих дней с даты получения последнего из документов (если иной срок не предусмотрен договором страхования). В течение указанного срока Страховщик:

а) если произошедшее событие признано страховым случаем – составляет страховой акт и производит страховую выплату Застрахованному лицу (представителю Застрахованного лица) способом, согласованным при подаче заявления на страховую выплату. Конкретный порядок осуществления страховой выплаты указывается в страховом акте;

б) если отсутствуют основания для осуществления страховой выплаты – оформляет соответствующее решение письмом, в котором информирует лицо, обратившееся за выплатой, об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права, и(или) условия договора страхования, и(или) настоящих Правил, на основании которых принято данное решение, и направляет указанное письмо по почте (или иным способом, предусмотренным договором страхования или соглашением сторон) в течение 3 (трех) рабочих дней после его подписания при соблюдении общего срока, указанного в первом абзаце настоящего пункта.

11.12. Страховая выплата по п. 11.2.2 настоящих Правил производится Застрахованному лицу (представителю Застрахованного лица) путем перечисления денежных средств на банковский счет, указанный Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица), или иным способом по согласованию с Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица).

11.12.1. Днём страховой выплаты считается дата, определяемая действующим законодательством Российской Федерации (если выплата производится путем перечисления денежных средств на банковский счет), выдачи наличных денежных средств из кассы Страховщика (если выплата производится наличными денежными средствами), либо дата передачи (перечисления) Страховщиком денежных средств соответствующей организации (службе) для перевода (перечисления) получателю (если выплата производится иным способом по соглашению сторон).

11.12.2. Расходы по зачислению на счет и получению (списанию) со счета получателя подлежащих выплате сумм осуществляются за счет средств получателя.

11.12.3. Перевод подлежащих выплате сумм получателю иным способом, чем перевод на счет получателя в банке, осуществляется за счет средств получателя.

11.12.4. Выплата может быть произведена представителю лица, имеющему по настоящим Правилам право на ее получение, по доверенности, оформленной в установленном порядке.

11.13. Налогообложение страховых выплат производится в соответствии с действующим налоговым законодательством Российской Федерации.

11.14. Страховая выплата производится в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации о валютном регулировании и валютном контроле.

11.14.1. При "страховании в эквиваленте", а также в случаях компенсации расходов, понесенных за пределами Российской Федерации, страховая выплата производится в рублях по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату страховой выплаты, если иной порядок не предусмотрен договором страхования.

В договоре страхования Страховщик вправе установить максимальный курс для выплат. Под максимальным курсом для выплат понимается курс соответствующей иностранной валюты на дату заключения договора страхования, увеличенный на ожидаемый процент роста курса соответствующей иностранной валюты, согласованный сторонами при заключении договора страхования.

Если курс соответствующей иностранной валюты на дату страховой выплаты превысит максимальный курс для выплат, то размер страховой выплаты определяется исходя из максимального курса для выплат.

11.15. Если после осуществления страховой выплаты в соответствии с п. 11.2.2 настоящих Правил обнаружится обстоятельство, которое в силу закона и(или) по настоящим Правилам, и(или) договору страхования полностью или частично лишает Застрахованное лицо права на полученную страховую выплату, он обязан вернуть Страховщику полученную страховую выплату (или ее соответствующую часть) в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента обнаружения данного обстоятельства указанными лицами или Страховщиком (в зависимости от того, кто обнаружит ранее), если иной срок не согласован сторонами в письменной форме.

**12. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ**

12.1. Споры, возникающие по договору страхования, заключенному на условиях настоящих Правил, разрешаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

12.2. В случае если спор относится к категории споров, для которой законодательством Российской Федерации предусмотрено обязательное досудебное урегулирование, он разрешается в порядке и в сроки, установленные законодательством Российской Федерации.

Споры, относящиеся к категории, для которой законодательством Российской Федерации предусмотрено обязательное досудебное урегулирование уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг (финансовым уполномоченным), разрешаются в порядке и в сроки, установленные законодательством о финансовом уполномоченном.

|  |  |
| --- | --- |
| Заказчик  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подписано ЭП) | ПОСТАВЩИК:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подписано ЭП) |

к Договору № 2022.72842

от 23.05.2022г.

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**ПРОГРАММА**

**добровольного медицинского страхования**

**«Комплексное медицинское обслуживание»**

*(программа добровольного медицинского страхования (далее - Программа) составлена на условиях, определяемых Правилами ДМС АО «СОГАЗ» в редакции от 02 июля 2021г.)*

1. **ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

В рамках настоящей Программы Страховщик гарантирует Застрахованному лицу при наступлении страхового случая организацию и оплату медицинских услуг в объеме, предусмотренном настоящей Программой, в медицинских организациях из числа предусмотренных Договором страхования или согласованных со Страховщиком.

Медицинские услуги 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, за исключением случаев организации экстренной и неотложной медицинской помощи в момент нахождения его вне места постоянного проживания на территории РФ.

Экстренная и неотложная медицинская помощь на территории РФ оказывается Застрахованному лицу по медицинским показаниям при состояниях, требующих оказания экстренной и неотложной медицинской помощи для устранения угрозы жизни и/или снятия острой боли, в объеме настоящей Программы ДМС в ЛПУ, с которыми АО «СОГАЗ» имеет договорные отношения, и которые расположены за пределами места постоянного проживания.

1. **ПРОГРАММА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:**
2. **Амбулаторно-поликлиническое обслуживание**
3. **Помощь на дому**
4. **Скорая и неотложная медицинская помощь (при наличии в городе обслуживания бригад скорой помощи, работающих в системе ДМС)**
5. **Стационарное обслуживание (экстренная госпитализация)**
6. **Специализированную консультационно-диагностическую помощь на базе ведущих научно-исследовательских медицинских организаций**
7. **Экстренная и неотложная медицинская помощь на территории РФ.**

**7. Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации**

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

**3.1. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание:**

**3.1.1. Приемы, консультации, манипуляции врачей по[[1]](#footnote-1)**: гинекологии, аллергологии-иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, восстановительной медицине, гастроэнтерологии, гематологии, генетике, дерматовенерологии, инфекционным болезням, кардиологии, ревматологии, колопроктологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, неврологии, нейрохирургии, нефрологии, наркологии/токсикологии, общей врачебной практике (семейной медицине), онкологии, проктологии, оториноларингологии, офтальмологии, психиатрии\*, пульмонологии, рентгенологии, ревматологии, сердечно-сосудистой хирургии, терапии, торакальной хирургии, травматологии и ортопедии, маммологии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, фтизиатрии, функциональной диагностике, хирургии, челюстно-лицевой хирургии, эндокринологии, эндоскопии.

Повторные, консультативные приемы врачей-специалистов с ученой степенью (в том числе профессоров).

|  |  |
| --- | --- |
| **Приемы, консультации и манипуляции врачей по:** | **Ограничение объема услуг, предусмотренные в рамках обслуживания в течение одного страхового года** |
| Онкологии | До установления диагноза заболевания, из числа указанных в п. п. 4.1.10 и 4.1.11 Программы |
| Фтизиатрии | До установления диагноза туберкулез |
| Психиатрии | Однократно без применения диагностических тестов |

**3.1.2. Оформление медицинской документации[[2]](#footnote-2):**

Экспертиза временной нетрудоспособности с оформлением листов нетрудоспособности и справок формы 095/у; выписка из медицинской карты по форме 027/у; оформление рецептов (за исключением льготных), справки для бассейна.

**3.1.3. Лабораторные и инструментальные исследования\*:**

**3.1.3.1. Лабораторные[[3]](#footnote-3):** общеклинические (химико-микроскопические и гематологические); биохимические (включая гормональные исследования (до 5 исследований в течение действия договора); иммунологические: определение общих иммуноглобулинов (А, Е, M, G); определение антител к антигенам тканей, их компонентам, секретам, метаболитам, гормонам; исследование противоопухолевого иммунитета (онкомаркеры); исследование антигенной системы эритроцитов; микробиологические (в бактериологии, вирусологии, микологии, паразитологии): макро- и микроскопические, иммуносерологические исследования, молекулярно - биологические методы исследования (методы гибридизации ДНК и РНК, ПЦР), культивирование и идентификация при бактериологических исследованиях; цитологические и гистологические исследования (не более 5 за период действия договора).

|  |  |
| --- | --- |
| **Лабораторные исследования** | **Ограничение объема услуг, предусмотренные в рамках обслуживания в течение одного страхового года** |
| Иммунологические исследования (определение общих иммуноглобулинов (А, Е, M, G) и аллергодиагностика (кожные скарификационные тесты – не более 10) | **На усмотрение 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; * определение показателей естественных факторов защиты, измененной реактивности, иммунологической толерантности; * определение антигенов главного комплекса гистосовместимости; антигенной системы других клеток крови; * идентификация T-лимфоцитов, В-лимфоцитов, нейтрофилов;   определение гуморальных факторов иммунокомпетентных и других клеток, регулирующих системы гомеостаза (цитокинов) |
| Исследование противоопухолевого иммунитета (онкомаркеры ПСА и СА 125) | не более 2-х раз за период действия Договора (Сверх указанного количества - на усмотрение Страховщика) |
| Иммуносерологические исследования, молекулярно - биологические методы исследования (методы гибридизации ДНК и РНК, ПЦР) | Не более 3 показателей за период действия Договора (сверх указанного количества строго по согласованию со Страховщиком) |
| ПЦР диагностика заболеваний передающихся половым путем | 2 раза, не более 2 возбудителей, в объеме первичной диагностики, назначения схемы лечения и однократный контроль выявленного возбудителя, при наличии медицинских показаний. |
| Исследование противоопухолевого иммунитета (онкомаркеры за исключением ПСА и СА 125) | 1 раз за период действия Договора (Сверх указанного количества - на усмотрение Страховщика) |

**3.1.3.2.** **Инструментальные:** функциональная диагностика: электрокардиография (ЭКГ), электроэнцефалография (ЭЭГ), рэоэнцефалография (РЭГ), реовазография, исследование функции внешнего дыхания (спирография), суточное мониторирование артериального давления/ ЭКГ, нагрузочные тесты (велоэргометрия, тредмил-тест), ультразвуковая диагностика: УЗИ органов и тканей, эхокардиография (ЭхоКГ), фонокардиография, сосудистая допплерография в т.ч. с цветным картированием (однократно за период действия договора); рентгенологические и рентген-радиологические исследования, включая компьютерную томографию (однократно за период действия договора)[[4]](#footnote-4), радиоизотопные исследования[[5]](#footnote-5); магнитно-резонансная томография однократно за период действия договора[[6]](#footnote-6); эндоскопические исследования.

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

**3.1.4.1.  Физиотерапевтическое лечение** (в отделении физиотерапии) не более 3-х видов лечебного воздействия до 10 процедур каждого вида в течение периода действия договора страхования (не более 30 процедур):электротерапия, магнитотерапия, светолечение, теплолечение, ингаляции, водолечение (душ Шарко).

**3.1.4.2.**  **Восстановительное лечение:** групповая лечебная физкультура, классический лечебный массаж.

|  |  |
| --- | --- |
| **Восстановительное лечение** | **Ограничение объема услуг, предусмотренные в рамках обслуживания в течение одного страхового года** |
| Групповая лечебная физкультура | Не более 10 сеансов |
| Классический лечебный массаж | Не более 10 сеансов (не более трех массажных единиц за сеанс) |

**3.1.4.3.**  **Лечебные и диагностические манипуляции**: инъекции: подкожные, внутрикожные, внутримышечные, внутривенные струйные, парабульбарные; проведение малых хирургических операций в амбулаторных условиях (только по экстренным показаниям); скарификационные пробы, гипсовая иммобилизация при травмах.

**3.1.4.5.** Антирабическая[[7]](#footnote-7), противостолбнячная вакцинация при травме с оплатой лекарственных средств.

**3.1.5. Медикаментозное обеспечение:**

**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;[[8]](#footnote-8)
* при проведении малых хирургических операций в амбулаторно-поликлинических условиях при предоставлении их медицинской организацией.[[9]](#footnote-9)

**3.2. Помощь на дому**[[10]](#footnote-10) **в пределах административной границы г. Санкт-Петербург и пределах города проживания в ЛО, в случае наличия на территории города проживания ЛПУ из перечня по программе и оказывающего данный вид помощи, или на рабочем месте:**

**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.

**3.**2.5. Услуги медицинской сестры по назначению врача при постельном режиме (инъекции внутривенные и внутримышечные).

**3.3. Врач офиса (для Застрахованных в г. Санкт-Петербург)** (выбор ЛПУ определяет Страховщик).

Визиты офисного врача терапевта, невролога и кардиолога по месту работы (по адресу пр. Большевиков, д.22,к.1) 4 раза в месяц по 2 часа (врач терапевт), 2 раза в месяц по 2 часа - врач кардиолог, и врач невролог – 1 раз в месяц по 2 часа в период с 10.00 до 18.00;

**3.3.1.** Сбор необходимой медицинской информации, выявление жалоб

**3**.**3.2.** Первичное скрининг-обследование, осмотр, ЭКГ, назначение необходимого лечения и обследования, справки в бассейн, запись к врачу из базового перечня ЛПУ

3.3.3. Экспертиза временной нетрудоспособности с выдачей больничных листов, рецептов (кроме льготных врачом-терапевтом).

**3.4. Скорая медицинская помощь[[11]](#footnote-11) (при наличии в городе обслуживания бригад скорой помощи, работающих в системе ДМС) в пределах административной границы г. Санкт-Петербург и Ленинградской области**

**3.4.1.** Выезд бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи.

**3.4.2.** Первичный осмотр, проведение необходимой экспресс-диагностики в объеме медицинского оснащения автомобиля.

**3.4.3.** Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи, в том числе с применением лекарственных средств в объеме медицинского оснащения автомобиля.

**3.4.4.** Медицинская эвакуация бригадой скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи в медицинскую организацию, либо из одной организации в другую, с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования и лекарственных средств в объеме медицинского оснащения автомобиля

3.4.5. Медицинская транспортировка обратно по месту жительства застрахованного из приемного покоя или травмпункта если необходимость в госпитализации по медицинским показаниям после оказания первичной помощи отсутствует.

**3.5. Стационарное обслуживание[[12]](#footnote-12) (экстренная[[13]](#footnote-13) госпитализация):[[14]](#footnote-14)**

**3.5.1.** Пребывание в 2-3 местной палате стационара, питание, уход медицинского персонала.

**3.5.2.** Первичные, повторные, консультативные приемы врачей-специалистов по: абдоминальной хирургии, акушерству и гинекологии, аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, гематологии, дерматовенерологии, инфекционным болезням, кардиологии, колопроктологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, неврологии, нейрохирургии, нефрологии, онкологии, оториноларингологии, офтальмологии, паразитологии, пульмонологии, радиологии, ревматологии, рентгенологии, рефлексотерапии, сердечно-сосудистой хирургии, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, терапии, токсикологии, торакальной хирургии, травматологии и ортопедии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, челюстно-лицевой хирургии, эндокринологии, эндоскопии.

**3.5.3.** Лечебные манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала.

**3.5.4.** Хирургические и консервативные методы лечения.

**3.5.5.** Лабораторные исследования: общеклинические, биохимические, иммунологические, микробиологические, цитологические и гистологические исследования.

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

**3.5.7.** Обеспечение лекарственными средствами (включая анестезиологические пособия) и изделиями медицинского назначения необходимыми для лечения при предоставлении  их медицинской организацией.

**3.5.8.** Реанимационные мероприятия.

**3.5.9.** Физиотерапия и восстановительное лечение по назначению врача в случаях, когда эти процедуры необходимы для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации.

**3.5.10.** Экспертиза нетрудоспособности с оформлением листков временной нетрудоспособности и справок.

**3.5.11.** Оформление медицинской документации, предусмотренной действующим законодательством.

**3.6. Специализированная консультационно-диагностическая помощь на базе ведущих НИИ г. Санкт-Петербург.**

Запись осуществляется сотрудниками круглосуточного диспетчерского пульта при наличии направления лечащего врача.

**3.6. Экстренная и неотложная медицинская помощь на территории РФ.**

**IV. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ**

**4.1. Перечень заболеваний/состояний, а также их осложнений, обращение по поводу которых не является застрахованным и не оплачивается Страховщиком:**

**4.1.1.** ВИЧ – инфекция, СПИД, и их осложнения.

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

**4.1.3.** Туберкулез, муковисцидоз независимо от клинической формы и стадии процесса.

**4.1.4.** Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем.

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

**4.1.6.** Лучевая болезнь.

**4.1.7.** Особо опасные инфекционные болезни: натуральная оспа (В03[[15]](#footnote-15)), полиомиелит (А80), тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС) (U04).

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

**4.1.9.** Иммунодефицитные состояния.

**4.1.10.** Злокачественные новообразования.

**4.1.11.** Новообразования головного мозга, мозговых оболочек и ганглиев.

**4.1.12.** Демиелинизирующие и дегенеративные заболевания нервной системы, миастения.

**4.1.13.** Наследственные заболевания: хромосомные, моногенные, митохондриальные (болезни, аномалии, нарушения), наследственные болезни обмена; аномалии развития, врожденные пороки; детский церебральный паралич.

**4.1.14.** Системные заболевания соединительной ткани (склеродермия, системная красная волчанка, дерматомиозит, ревматическая полимиалгия), ревматоидный артрит, васкулиты, дегенеративные изменения органов зрения (хориоретинаальная и макулодистрофия).

**4.1.15.** Сахарный диабет I и II типа (стационарное лечение и лечение осложнений) .

**4.1.16.** Заболевания, послужившие основанием для установления Застрахованному лицу инвалидности 1 или 2 группы – при наличии у Застрахованного лица инвалидности 1 или 2 группы на дату вступления в силу договора страхования.

**4.1.17.** Заболевания, послужившие основанием для установления Застрахованному лицу впервые инвалидности 1 или 2 группы в течение срока действия договора страхования – с даты установления группы инвалидности.

**4.1.18.** Хроническая почечная и печеночная недостаточность, требующая проведения экстракорпоральных методов лечения.

**4.1.19.**Заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, аутотрансплантации, протезирования, за исключением заболеваний, требующих проведения АКШ, а также с учетом п. 4.2.15 настоящей Программы.

**4.1.20.** Ронхопатия, апноэ во сне.

**4.1.21.** Ожирение.

4.1.22. Травмы полученные до заключения настоящего договора и их последствия, требующие стационарного лечения.

4.1.23. Псориаз, лечение которого требует стационарного лечения.

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

**4.2.1.** Медицинские услуги, не назначенные врачом. Исследования не относящиеся к категории «обязательных» для верификации диагноза.

**4.2.2.** Приемы, консультации и манипуляции врачей- специалистов и среднего медицинского персонала по: гериатрии, диабетологии, диетологии, косметологии, применению методов традиционной медицины, медико-социальной экспертизе, пластической хирургии, профпатологии, психиатрии-наркологии, психотерапии, сексологии, сурдологии-оториноларингологии, стоматологии ортодонтической, имплантологии.

**4.2.3.** Консультации и занятия у логопеда, психолога.

**4.2.4.** Генетические лабораторные исследования.

**4.2.5.** Медицинские услуги, связанные с диагностикой и лечением иммунодефицитных состояний.

**4.2.6.** Профилактические и оздоровительные мероприятия; диспансерное наблюдение (динамическое наблюдение, в том числе необходимое обследование) за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами; иммунопрофилактика, кроме случаев, предусмотренных Программой.

**4.2.7.** Диагностика и лечение мужского и женского бесплодия, импотенции; вопросы планирования семьи (включая вопросы контрацепции), введение и удаление (без медицинских показаний) ВМС.

**4.2.8.** Медицинские услуги, связанные с беременностью, за исключением оказания экстренной помощи при угрожающих жизни состояниях до установления диагноза развивающейся беременности, прерывание беременности без медицинских показаний, родовспоможение.

**4.2.9.** Диагностика, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного, включая лечение заболеваний волос, удаление невусов; склеротерапия вен.

**4.2.10.** Удаление кондилом, мозолей, бородавок, папиллом, контагиозных моллюсков.

**4.2.11.** Хирургическое изменение пола.

**4.2.12.** Коррекция веса.

**4.2.13.** Диагностические и лечебные мероприятия, связанные с лазерной коррекцией зрения, аппаратные методы лечения в офтальмологии, периферическая лазерокоагуляция сетчатки (за исключением случаев, когда диагностирован разрыв сетчатки, отслоение сетчатки).

**4.2.14.** Трансплантация органов.

**4.2.15.** Трансплантация тканей, кроме переливания крови и её компонентов, а также случаев, когда необходимость в трансплантации тканей возникла в результате травмы (в т.ч. ожога), произошедшей в период действия договора страхования.

**4.2.16.** Догоспитальная подготовка и последующее наблюдение по поводу заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации, аутотрансплантации, протезирования, кроме случаев, предусмотренных Программой.

**4.2.17.** Протезы, эндопротезы, импланты, включая искусственные хрусталики, кроме сеток, петель, мочеточниковых, билиарных и пищеводных стентов.

**4.2.18.** Металлоконструкции, наборы для остеосинтеза и фиксации, стабилизирующие системы, кроме случаев, когда необходимость их использования возникла при экстренной госпитализации непосредственно после травмы.

**4.2.19.** Кардиостимуляторы, стенты, баллоны, проводники и пр. для проведения ангиопластики и стентирования при плановых хирургических вмешательствах по имеющемуся заболеванию.

**4.2.20.** Экстракорпоральные методы лечения за исключением случаев, когда они проводятся по жизненным показаниям.

**4.2.21.** Индивидуальный медицинский пост.

**4.2.22.** Физиотерапевтическое лечение: термотерапия, криотерапия, криосауна, надсосудистое и внутрисосудистое лазерное облучение крови (НЛОК и ВЛОК), вибро-и вибровакуум-терапия, лимфодренажая- и прессо- терапия, кавитация, аэроионотерапия, аромафитотерапия, галоаэрозольная терапия, спелеотерапия, нормобарическая гипокситерапия, гипербарическия и гипобарическая баротерапия, бальнеотерапия, гидротерапия (души, ванны, сауна, гидроколонотерапия, кроме случаев, предусмотренных программой), грязелечение, капсула «Санспектра», озонотерапия, ксенонотерапия, ингаляции гелия, плазмотерапия, фотодинамическая терапия (кроме лечения псориаза), тракционные, акватракционные системы.

**4.2.23.** Методы традиционной диагностики и терапии, в т.ч. диагностика по методу Фоля, волновая диагностика, спектральная коррекция, гомеопатия, иридодиагностика, аурикулодиагностика, электропунктурная диагностика и терапия энергоинформатика, биорезонанская, частотно-резонансная и спектрально-динамическая технологии, програмно-аппаратные комплексы диагностики и реабилитации типа «Senso», гирудотерапия, апитерапия, фитотерапия; традиционные системы оздоровления, мануальная терапия, иглорефлексотерапия

**4.2.24.** Лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским, теледиагностика.

**4.2.25.** Видеокапсульная эндоскопия.

**4.2.26.** Восстановительное аппаратное лечение нарушений двигательной функции костно-мышечной системы аппаратами типа Lokomat, Biodex, Con-Trex, TERGUMED Artromot, "Theravital, ОРМЕД и т.п.

**4.2.27.** Стоматологическая помощь

4.2.28. аппаратные методы лечения с использованием радиоволнового, лазерного и ультразвукового оборудования[[16]](#footnote-16); ударно-волновая терапия, СИТ (специфическая иммунотерапия)

**4.2.33.** Оформление медицинской документации: посыльный лист на МСЭ; заключение предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования) по форме 003-П/У; справка на профессиональную пригодность (форма 086/у); санаторно-курортная карта (форма 072/у); справка в бассейн, фитнес-центр, спортивные секции; справка в ГИБДД (форма 083/у); справка для выезжающих за границу (форма 082/у); справка для получения путевки (форма 070/у); справка на госслужбу по форме 001-ГС/у; справка на оружие (форма 046-1).

**4.2.34.** Выдача оригиналов и копий амбулаторных карт, оформление выписок из них за исключением случаев, предусмотренных законодательством.

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

**4.2.36.** Обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения необходимыми для курсового и/или инъекционного лечения в амбулаторно-поликлинических условиях и условиях дневного стационара за исключением парентеральных лекарственных средств, применяемых при специфической (сезонной) иммунотерапии.

**4.2.37.** Услуги, оказанные Застрахованному лицу после окончания срока действия договора страхования, кроме услуг стационарной помощи, связанных с лечением Застрахованного лица, госпитализированного в течение срока действия договора страхования – до момента его выписки из стационара.

**4.2.38.** Плановая госпитализация, подготовка к плановой госпитализации, дневной стационар, стационар одного дня.

**4.2.39.** Любые медицинские услуги, не предусмотренные настоящей Программой

1. **ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПО ПРОГРАММЕ**
2. **Общие условия**
   1. По всем вопросам, связанным с организацией и предоставлением медицинской помощи Застрахованный обращается на круглосуточный диспетчерский пульт Санкт-Петербургского филиала АО «СОГАЗ» по тел.: (812)438-14-44, 325-99-11.
   2. **Прием заявок на организацию медицинской помощи по плановым показаниям осуществляется по будням с 8-00 до 20-00, организация экстренной медицинской помощи (скорая и неотложная медицинская помощь, экстренная госпитализация, обращение в травматологическое отделение ЛПУ) осуществляется круглосуточно.**
3. **Амбулаторно-поликлиническое обслуживание** 
   1. При необходимости получения медицинской помощи при острых состояниях в амбулаторно-поликлинических условиях или помощи на дому Застрахованное лицо обращается непосредственно на **Круглосуточный диспетчерский пульт Санкт-Петербургского филиала АО «СОГАЗ» по тел.: (812)438-14-44, 325-99-11;** в случае отсутствия острого состояния запись в ЛПУ осуществляется только по направлению офисного врача или в сеть клиник ООО «ОДОНТ».
   2. **Организация медицинской помощи по плановым показаниям осуществляется по будням с 8-00 до 20-00, организация экстренной медицинской помощи (скорая и неотложная медицинская помощь, обращение в травматологическое отделение ЛПУ) осуществляется круглосуточно.**
   3. При обращении **в поликлинику** Застрахованное лицо должно предъявить страховой полис и/или пропуск в поликлинику (если необходимо) и документ, удостоверяющий личность.
4. **Скорая и неотложная медицинская помощь**
   1. При необходимости получения скорой и неотложной медицинской помощи, Застрахованное лицо (его близкие, лечащий врач) обращается на **Круглосуточный диспетчерский пульт Санкт-Петербургского филиала АО «СОГАЗ» по тел.: (812)438-14-44, 325-99-11.**
   2. **Организация экстренной (скорая и неотложная медицинская помощь, экстренная госпитализация) медицинской помощи осуществляется круглосуточно.**
   3. В каждом конкретном случае Страховщик определяет лечебное учреждение, руководствуясь характером клинической проблемы и возможностями конкретного лечебного учреждения.
   4. В исключительных случаях, по жизненным показаниям сотрудник филиала или диспетчер вправе рекомендовать вызов бригады городской скорой медицинской помощи «03», после чего экстренная госпитализация может быть осуществлена по ОМС в ближайший к месту нахождения Застрахованного лица стационар с последующим переводом в указанный в Договоре стационар после стабилизации состояния Застрахованного лица.
5. **Стационарное обслуживание (экстренная госпитализация)**
   1. При необходимости экстренной госпитализации Застрахованное лицо (его близкие, лечащий врач) обращается на **Круглосуточный диспетчерский пульт Санкт-Петербургского филиала АО «СОГАЗ» по тел.: (812)438-14-44, 325-99-11.**
   2. **Организация экстренной (скорая и неотложная медицинская помощь, экстренная госпитализация) медицинской помощи осуществляется круглосуточно.**
   3. Госпитализация осуществляется в стационарное лечебное учреждение в отделение по профилю заболевания. При отсутствии свободных палат категории, предусмотренной Программой, застрахованное лицо госпитализируется в палату иной категории с последующим переводом.
   4. В каждом конкретном случае Страховщик определяет лечебное учреждение, руководствуясь характером клинической проблемы и возможностями конкретного лечебного учреждения.
   5. В исключительных случаях по жизненным показаниям экстренная госпитализация может быть осуществлена в ближайший к месту нахождения Застрахованного лица в стационар по ОМС с последующим переводом в указанный в Договоре стационар после стабилизации состояния Застрахованного лица.
6. **Застрахованное лицо также обращается на Круглосуточный диспетчерский пульт Санкт-Петербургского филиала АО «СОГАЗ» по тел.: (812)438-14-44, 325-99-11 в следующих случаях**:

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 случе необоснованного отказа в оказании медицинских услуг входящих в программу, в случае требования дополнительной платы за медицинские услугии, отказе вызова врача на дом и пр.).

1. **Экстренная и неотложная медицинская помощь на территории РФ**. Организация экстренной медицинской помощи осуществляется через круглосуточный диспетчерский пульт Санкт-Петербургского филиала АО «СОГАЗ» по тел.: (812)438-14-44, 325-99-11, 8(800) 555-02-03. 8 (800) 333-44-19

В указанных в данном разделе случаях необходимое медицинское учреждение определяет Страховщик.

1. **Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации**

1. Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации, проводимые врачами-консультантами: терапевт/педиатр, кардиолог, гастроэнтеролог, эндокринолог, психиатр[[17]](#footnote-17).

2. Срочные консультации дежурным врачом-педиатром/терапевтом находящимся в данный момент в системе онлайн:

- предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн-консультации.

3. Плановые онлайн-консультации врача-педиатра/терапевта или профильного врача-консультанта по предварительной записи:

- предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн-консультации.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ:

Страховым случаем не является, по настоящей программе страхования Услуг не производится в случаях:

4\_1 Застрахованный обратился для организации и оплаты услуг, предусмотренных программой страхования, до начала или после окончания действия договора страхования;

4\_2 В рамках исполнения договора страхования по настоящей программе страхования не подлежат оплате:

- услуги, не подтверждённые медицинской документацией, не предусмотренные программой страхования, оказываемые в амбулаторных условиях в медицинских организациях, вызовы врача на дом, услуги, оказываемые в условиях дневного стационара и в стационарных условиях;

- услуги по инструментальной и лабораторной диагностике;

- услуги скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, услуги по вызову скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи.

4\_3 Услуги, предусмотренные Программой, не предоставляются в случае обращения за консультацией лиц, находящихся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

4\_4 Оказание услуг, предусмотренных Программой, лицу, не являющемуся Застрахованным лицом.

5. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПО ПРОГРАММЕ:

5\_1 Для получения услуг в рамках Программы страхования Застрахованный должен скачать приложение «СОГАЗ-Телемед» c AppStore или Google Play. Зарегистрироваться в мобильном приложении.

5\_2 После регистрации Застрахованный переходит в персональный раздел Застрахованного, который позволяет Застрахованному связываться с врачом, получать устные и письменные консультации, прикреплять и хранить медицинские документы (результаты анализов, медицинские заключения, справки и т.д.).

5\_3 Связь Застрахованного с врачом-терапевтом/педиатром при срочной консультации осуществляется следующим образом:

- Застрахованный отправляет запрос на срочную консультацию через приложение. В случае невозможности отправить запрос (отсутствует подключение к сети Интернет) для получения консультации Застрахованный отправляет запрос в контакт-центр «СОГАЗ». Звонок должен быть осуществлен с телефона, который указан при регистрации;

- на основании запроса формируется заявка, на основании которой с застрахованным связываются в период до 24 часов;

- во время проведения консультации через приложение Застрахованный может показать врачу необходимый медицинский документ, в том числе загрузив новый документ;

- по результатам онлайн-консультации врач направляет через приложение письменное заключение с перечнем всех рекомендаций, которые он дал Застрахованному.

5\_4 Связь Застрахованного с врачом-терапевтом при плановой онлайн-консультации врача-педиатра/терапевта или профильного врача-консультанта:

- Необходимо заблаговременно оставить заявку на организацию консультации;

- Требования Застрахованного относительно сроков проведения консультации не подлежат удовлетворению, если Застрахованный не направит запрос на проведение консультации или не будет находиться в системе (онлайн) после направления запроса или будет недоступен по телефону;

- во время проведения консультации Застрахованный может показать врачу необходимый медицинский документ, в том числе загрузив новый документ;

-в случае если отмена запанированной консультации произошла менее чем за сутки до онлайн-консультации – она считается оказанной.

5\_5 В случае угрозы жизни и необходимости получения экстренной медицинской помощи Застрахованному лицу необходимо связаться со службами скорой медицинской помощи.

6. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

6\_1 Телемедицинские онлайн-консультации в рамках Программы могут осуществляться с использованием следующего оборудования: персональный компьютер, телефон (в дальнейшем – оборудование), – которое должно соответствовать техническим требованиям (раздел 3.6.7. настоящей Программы).

6\_2 Телемедицинские онлайн-консультации могут оказываться одним из следующих способов, в том числе совместно, по выбору Застрахованного:

- с использованием видеосвязи путем обмена сообщениями и файлами;

- с использованием аудиосвязи путем обмена сообщениями и файлами;

- путем обмена сообщениями и файлами;

- по телефону.

6\_3 Телемедицинские онлайн-консультации могут проводиться на основе медицинской информации и документации, предоставленной Застрахованным во время консультации.

6\_4 Застрахованный во время проведения консультации предоставляет врачу информацию об установленных диагнозах, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, пересылает врачу скан-копии необходимых медицинских документов с использованием сервиса через «Личный кабинет» Застрахованного.

6\_5 Во время проведения телемедицинской консультации, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, врач информирует Застрахованного 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\_6 Застрахованному предоставляются телемедицинские консультации по всем медицинским вопросам, непосредственно связанным с личностью Застрахованного, за исключением:

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

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

6\_7 По результатам телемедицинской консультации врачом составляется письменная рекомендация (заключение) для Застрахованного, которая размещается и хранится в «Личном кабинете».

6\_8 Услуги в форме срочной консультации дежурным врачом-терапевтом/педиатром могут быть оказаны застрахованному в режиме с 9.00 до 21.00 по московскому времени, 7 дней в неделю.

6\_9 Услуги (телемедицинские онлайн-консультации) оказываются врачами, сотрудниками Медицинских организаций с соблюдением норм действующего законодательства и с учетом специфики оказания услуг дистанционным способом.

7. ТЕХНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОБОРУДОВАНИЯ И ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

7\_1 С целью получения качественных услуг, в том числе с целью регистрации на онлайн-сервисе, получения видеоконсультации и аудиоконсультации, обмена файлами и сообщениями с использованием приложения, Застрахованный должен пользоваться планшетом или смартфоном с учетом следующих характеристик:

- iOS 8.0 или более поздняя версия;

- Android 4.1 или более поздняя версия;

при заказе консультации по телефону:

- телефон, номер которого указан при регистрации.

7\_2 Застрахованный самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им оборудования. Страховая компания, онлайн-сервис и Медицинская организация не несут ответственности за невозможность получения Застрахованным услуги, возникшую из-за оборудования Клиента.

**7. 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-Личный кабинет (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 №1 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 №1 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 6 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.

Приложение №1

**Согласие Застрахованного лица (законного представителя Застрахованного лица) на исполнение обязательств в рамках программы с франшизой, реализуемой в рамках договора добровольного медицинского страхования**

*Настоящая форма оформляется автоматически при регистрации Застрахованным лицом (законным представителем Застрахованного лица) банковской карты в Личном кабинете Застрахованного лица в мобильном приложении или на сайте Страховщика, в процессе которой Застрахованное лицо (законный представитель Застрахованного лица) в чек-боксах устанавливает отметки о своем согласии на исполнение обязательств в рамках программы с франшизой. Сформированное согласие направляется на адрес электронной почты Застрахованного лица (законного представителя Застрахованного лица).*

Являясь *(выбрать нужное)* Застрахованным лицом (законным представителем Застрахованного лица), осознанно и добровольно предоставляю в личном кабинете Застрахованного лица на сайте АО «СОГАЗ» (Страховщик) в сети Интернет по адресу <https://lk.sogaz.ru> (далее – личный кабинет) свое согласие на исполнение обязательств в рамках программы с франшизой, реализуемой в рамках *(выбрать нужное)* Договора добровольного медицинского страхования граждан № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_202\_\_ года/Полиса добровольного медицинского страхования № \_\_\_ от \_\_\_202\_ года (*технический текст: применимо для Договора ЮЛ)/*Полиса добровольного медицинского страхования №\_\_\_ от \_\_\_\_20\_\_ г.)(далее – Договор), в следующем порядке:

1. Страховщик посредством личного кабинета Застрахованного лица предоставляет мне всю информацию по медицинским услугам, организованным и предоставленным Застрахованному лицу в соответствии с условиями Договора, в полном объеме.
2. Безусловная франшиза – часть стоимости медицинской услуги, которая вычитается из стоимости услуг, подлежащих оплате Страховщиком по Договору, возмещаемая мной Страховщику.
3. Страховщик оплачивает медицинские услуги согласно счетам медицинского учреждения, в полном объеме с последующим возмещением мной Страховщику той части оплаты медицинских услуг, которая соответствует размеру Безусловной франшизы по Договору. Медицинские услуги, при оплате которых предусмотрена Безусловная франшиза, указаны в Программе страхования.
4. Возмещение Страховщику части стоимости оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг в размере Безусловной франшизы осуществляется путем безакцептного списания денежных средств со счета банковской карты (далее – банковская карта), зарегистрированной мной для взаиморасчетов 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.
5. По распоряжению Страховщика производится безакцептное списание средств со счета банковской карты, указанной мной при регистрации 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 возмещения Страховщику Безусловной франшизы в полном объеме – списание в полном объеме производится со следующей зарегистрированной банковской карты и т.д.
6. В случае отсутствия достаточных средств для оплаты Безусловной франшизы на счете банковской карты Страховщик направляет мне через личный кабинет первичное уведомление об этом.
7. В течение 10 календарных дней со дня получения от Страховщика первичного уведомления я обязан обеспечить наличие на счете банковской карты денежных средств в необходимом для оплаты Безусловной франшизы размере или зарегистрировать дополнительную банковскую карту с достаточной суммой средств.
8. Если в течение 10 календарных дней после первичного уведомления, мной не обеспечено наличие необходимых средств на счете банковской карты, Страховщик через личный кабинет направляет мне повторное уведомление. Я обязуюсь обеспечить наличие необходимых средств в течение 5 календарных дней после направления Страховщиком повторного уведомления.
9. При неисполнении мной обязательств по оплате части стоимости оказанных Застрахованному лицу услуг в размере Безусловной франшизы в течение 5 календарных дней с даты направления мне Страховщиком повторного уведомления, оказание услуг, по которым предусмотрена Безусловная франшиза, оканчивается с 6-го календарного дня даты направления мне Страховщиком через личный кабинет повторного уведомления. Прекращение оказания услуг, по которым предусмотрена Безусловная франшиза, ввиду неисполнения мной обязательств по оплате части стоимости оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг в размере Безусловной франшизы, осуществляется с направлением соответствующего уведомления. Если срок действия страхования по Договору не истек, и погашение мной задолженности осуществляется в срок не более 30 календарных дней с даты направления Страховщиком в мой адрес первичного уведомления, возобновление оказания услуг Застрахованному лицу, при оплате которых предусмотрена Безусловная франшиза, начинается с 10-го календарного дня с даты погашения мной задолженности по оплате части стоимости оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг в полном объеме.
10. При неисполнении мной обязательств по оплате части стоимости оказанных Застрахованному лицу услуг в размере Безусловной франшизы, Страховщик вправе обратиться в суд в целях взыскания с меня суммы задолженности, указанной в уведомлениях.

Настоящее согласие дано мной, *(выбрать нужное)* Застрахованным лицом (законным представителем Застрахованного лица), в добровольном порядке без принуждения со стороны Страховщика.

1. Мне понятна обязанность оплатить оказанные Застрахованному лицу медицинские услуги, при оплате которых предусмотрена Безусловная франшиза, в размере Безусловной франшизы, предусмотренной Договором.

Я понимаю и согласен с тем, что в случае отказа от порядка оплаты услуг, предусмотренного настоящим Соглашением, Договор в отношении Застрахованного лица не может исполняться Страховщиком в части организации оказания медицинских услуг, при оплате которых предусмотрена Безусловная франшиза.

После обращения к Страховщику, мне представлены пояснения Страховщика о возможности заключения договора страхования без применения Безусловной франшизы.

Подтверждаю своё согласие с тем, что все уведомления и вся информация, направленная Страховщиком в личный кабинет Застрахованного лица в мобильном приложении или на сайте АО «СОГАЗ» (Страховщик) в сети Интернет по адресу https://lk.sogaz.ru, будут считаться полученными мной с даты их направления Страховщиком.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | *(выбрать нужное)*  **Застрахованное лицо (законный представитель Застрахованного лица)** | |
|  | Заказчик  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подписано ЭП) | | ПОСТАВЩИК:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подписано ЭП) | |

Приложение № 5

к Договору № 2022.72842

от 23.05.2022 г.

**СПИСОК УЧРЕЖДЕНИЙ, В КОТОРЫХ БУДЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ ОБСЛУЖИВАНИЕ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Вид медицинской помощи** | **Наименование, адрес медицинского учреждения** |
| **Амбулаторно-поликлиническая помощь в г. СПб, включая помощь на дому в ЛПУ, оказывающих данный вид помощи.** | ***Перечень ЛПУ прямого доступа, запись в которые производится через регистратуру лечебного учреждения, в том числе, по направлению офисного врача, включая вызов врача на дом.*** |
| **ООО «ИСКРОМЕД» (**бывш. ООО «ОДОНТ»**)** (Казанская, 44) |
| **ООО «ИСКРОМЕД» (**бывш. ООО «ОДОНТ»**)** (Московское шоссе, 30) |
| **ООО «ИСКРОМЕД» (**бывш. ООО «ОДОНТ»**)** (Большой проспект П.С., д. 102) |
| **ООО «ИСКРОМЕД» (**бывш. ООО «ОДОНТ»**)** (ул. Коллонтай д.5/1) |
| **ООО «ИСКРОМЕД» (**бывш. ООО «ОДОНТ»**)** (пр.Королева, д.63, к.1) |
| **"Городская поликлиника №81" СПб ГАУЗ**" (Вознесенский пр-кт, дом № 19) |
| **"СПб ГАУЗ "Городская поликлиника №40"** (Невский пр-кт, дом № 86, м. Маяковская) |
| ***Перечень ЛПУ непрямого доступа, запись в которые производится через диспетчерскую службу Страховщика в случае острого заболевания*** |
| **Государственное унитарное предприятие "Госпиталь для ветеранов войн" ГУЗ"** 193079, Санкт-Петербург г, Народная ул, дом № 21, корпус 2; |
| **"СПб больница РАН"** (Тореза пр-кт, дом № 72) |
| **«Городская поликлиника №77 Невского района»** СПб ГБУЗ Обуховской Обороны, д.261, к.2 |
| **"КБ №122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России" ФГБУЗ** (Культуры пр-кт, дом № 4, м. Озерки) |
| **«ИНВИТРО СПб» ООО** (все адреса) |
| **"Городская Покровская больница" СПбГБУЗ"** (Большой В. О. пр-кт, дом № 85, м. Василеостровская) |
| **"СПб НИИФ" Минздрава России** (Лиговский пр-кт, дом № 2/4; ул.Политехническая, д.32, лит.А, 2-й Муринский проспект, д.12, кор.3, лит.А) |
| **"СОЗВЕЗДИЕ" ООО** (Просвещения пр-кт, дом 102, лит. А, пом. 28Н) |
| **"СПб ГУЗ Городская больница № 28 "Максимилиановская"** (Декабристов ул, дом № 1-3) |
| **"Городская больница №15" СПб ГБУЗ"** (Авангардная ул, дом № 4) |
| **"Городская поликлиника № 51" СПбГБУЗ"** (пр. Космонавтов, д. 33-35) |
| **"Городская Александровская больница" СПб ГБУЗ"** (Солидарности пр-кт, дом № 4, м. Проспект Большевиков) |
| **"Городская больница №26" СПб ГБУЗ"** (Костюшко ул, дом № 2) |
| **"СПб ГБУЗ "Поликлиника № 48"** (Бассейная ул., д. 19) |
| **"Городской медико-социальный центр" АНО** (Стахановцев ул, дом № 5, м. Новочеркасская; 3-я Конная Лахта ул, дом № 34) |
| **"Елизаветинская больница" СПб ГБУЗ"** (ул. Вавиловых, д. 14, м. Академическая) |
| **"Больница Боткина" СПб ГБУЗ** (Миргородская ул, дом № 3, м. Пл Александра Н (Правоб); Пискарёвский пр-кт, дом № 49) |
| **"Городская поликлиника №46" СПб ГБУЗ** (Седова ул., д.95, к.2, м. Ломоносовская; Матюшенко пер, дом № 14; Красных Зорь б-р, дом № 1) |
| **"Городская больница №9" СПб ГБУЗ"** (Крестовский пр-кт, дом № 18, м. Крестовский остров) |
| **"ФБУН НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера"** (Мира ул, дом № 16, м. Горьковская; Мира ул, дом № 14; Большая Монетная ул, дом № 15) |
| **"СДК+" ООО** (Ушинского ул., д. 5, кор. 1, лит. Б, м. Академическая) |
| **"Санавита" ООО** (Науки пр-кт, дом № 8, корпус 2) |
| **"Медицинский центр "Бехтерев" ООО (**6-я В.О. линия, дом № 41) |
| **"НХЦ "Новые Технологии" ООО** (Культуры пр-кт, дом № 4, м. Озерки) |
| **"СПб ГБУЗ "ДЦВМиР № 3"** (Брянцева ул, дом № 5, корпус 2А) |
| **"ФГБОУ ВО "ПГУПС"** (Московский пр-кт, дом № 9, м. Сенная площадь) |
| **"Городская Мариинская больница" СПб ГБУЗ"** (Литейный пр-кт, дом № 56) |
| **"ЛабТест" ООО** (Минеральная ул, дом № 13А, кв.20; Дмитровский пер.,д.17, лит. А, Будапештская ул., д.17, кор.3, лит.А., ул.Байконурская, 24, лит.А, Косыгина 15, лит.А, Комсомола, 14, лит.А) |
| **"Николаевская больница" СПб ГБУЗ"** (Петергоф г, Константиновская ул, дом № 1; Петергоф г, Санкт-Петербургский пр-кт, дом № 20, корпус лит А, лит Б; Царицынская ул, д. 1, лит А) |
| **ГБУЗ ЛО "Всеволожская КМБ"** (ЛО, Всеволожский р-н, Всеволожск г, Колтушское ш, дом № 20) |
| **«Европейский институт здоровья семьи» ООО** СПб, г.Павловск, ул. Детскосельская, д.5 |
| **"Городская больница №40" СПб ГБУЗ"** (Сестрорецк г, Борисова ул, дом № 9, м. Старая Деревня; Репино п, Курортная ул, дом № 6; Сестрорецк г, Приморское ш, дом № 308; Песочный п, Ленинградская ул, дом № 52; Песочный п, Скородумовская ул, дом № 21; Зеленогорск г, Приморское ш, дом № 541; Сестрорецк г, Володарского ул, дом № 24; Сестрорецк г, Ново-Гагаринская ул, дом № 39; Сестрорецк г, Дубковское ш, дом № 13; Зеленогорск г, Комсомольская ул, дом № 11; Зеленогорск г, Ленина пр-кт, дом № 2; Зеленогорск г, Красных Командиров пр-кт, дом № 45; Зеленогорск г, Кавалерийская ул, дом № 32; Сестрорецк г, Инструментальщиков ул, дом № 11; Песочный п, Речная ул, дом № 24; Сестрорецк г, Свободы пл, дом № 6; Зеленогорск г, Красноармейская ул, дом № 11; Репино п, Луговая ул, дом № 4; Сестрорецк г, Советский пер, дом № 10; Белоостров п, Новое ш, дом № 6; Сестрорецк г, Токарева ул, дом № 20; Молодежное п, Правды ул, дом № 6) |
| **"Городская больница №33" г. Колпино СПбГБУЗ"** (Колпино г., ул. Павловская, д.16, лит. А) |
| **"ЭКСПРЕСС-СЕРВИС" ООО** (Пушкин г, Павловское ш, дом № 41/2) |
| **"ГБУЗ ЛО "Гатчинская КМБ"** (ЛО, Гатчинский р-н, Гатчина г, Рощинская ул, дом № 15-а, корпус 1) |
| **Лабораторная диагностика** | «ИНВИТРО СПб» ООО (все адреса) |
| "ЛабТест" ООО Минеральная ул, дом № 13А, кв.20 |
| "Медицинская компания ЛабСтори" ООО Достоевского ул, дом № 40-44 |
| «Независимые медицинские лаборатории» ООО СПб, ул. Ушинского, д.2, к.1 |
| «НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера» ФГБУН  СПб, ул. Мира, д.14, лит. А |
| «Эксплана» ООО (ранее НИЛ «Диагностика»)  Академика Павлова ул, дом № 12Д, кв.1Н |
| "Ситилаб" ЗАО Все адреса |
| **Стационарная помощь (экстренная госпитализация)** | **"Дорожная клиническая больница "РЖД" НУЗ" ОАО** (пр. Мечникова, д.27) |
| **"ВМедА им. С. М. Кирова" ФГКВОУ ВПО"** (Академика Лебедева ул, дом № 6, м. Площадь Ленина) |
| **"РНИИТО им.Р.Р. Вредена" Минздрава России" ФГБУ"** (Академика Байкова ул, дом № 8) |
| **"ЛОКБ" ГБУЗ"** (Луначарского пр-кт, дом № 45, корпус 2, м. Озерки) |
| **"СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе" ГБУ** (ул. Будапештская, дом № 3, лит. А, м. Волковская) |
| **"СПб больница РАН"** (Тореза пр-кт, дом № 72) |
| **"ГМПБ №2" СПб ГБУЗ"** (Учебный пер, дом № 5, м. Озерки) |
| **Городская Александровская больница" СПб ГБУЗ"** (Солидарности пр-кт, дом № 4, м. Проспект Большевиков) |
| **"Елизаветинская больница" СПб ГБУЗ"** (ул. Вавиловых, д. 14, литера А, м. Академическая) |
| **"Городская Покровская больница" СПбГБУЗ"** (Большой В. О. пр-кт, дом № 85, м. Василеостровская) |
| **КБ Святителя Луки" СПб ГБУЗ"** (Чугунная ул, дом № 46, лит.А, м. Выборгская) |
| **"Больница Св. Георгия" СПб ГБУЗ"** (Северный пр., д.1, лит. А) |
| **"Городская Мариинская больница" СПб ГБУЗ"** (Литейный пр-кт, дом № 56) |
| **Больница Боткина" СПб ГБУЗ** (Миргородская ул, дом № 3, м. Пл Александра Н (Правоб)) |
| "Николаевская больница" СПб ГБУЗ" (Петергоф г, Константиновская ул, дом № 1; Петергоф г, Санкт-Петербургский пр-кт, дом № 20, корпус лит А, лит Б; Царицынская ул, д. 1, лит А, м. Проспект Ветеранов) |
| "Городская больница №15" СПб ГБУЗ" (Авангардная ул, дом № 4) |
| "Городская больница №26" СПб ГБУЗ" (Костюшко ул, дом № 2) |
| "НИДОИ им. Г.И. Турнера Минздрава России" ФГБУ" |
| "ГБУЗ ЛО "Гатчинская КМБ" |
| **Скорая медицинская помощь** | **"**КБ №122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России" ФГБУЗ (Культуры пр-кт, дом № 4, м. Озерки) |
| "ЕР-сервис "Петербургская неотложка" ООО СПб, Басков пер., д.13/15, лит. А, пом. 28Н |
| ГБОУ ВПО "Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет имени И.П.Павлова Минздравсоцразвития России" СПб, ул. Л. Толстого, д.6/8 |
| "САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ ЦЕНТР" МИНЗДРАВА РОССИИ" ФГБУ" (Реки Фонтанки наб, дом № 154 (администраци и операционные); ул.Циолковского, д.3 (поликлиника), лит.А, В.О. Кадетская линия, д.13-15, лит.А, пр.Юрия Гагарина, д.24, кор.1, лит.А) |
| «Приоритет» ООО СПб, г. Колпино, ул. Финляндская, д.23 |
| ООО «ЕМС» СПб, Московский пр., д.78 |

**Перечень медицинских учреждений**

**для оказания амбулаторно-поликлинической помощи,** **в отношении которых предусмотрена безусловная франшиза**

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование медицинского учреждения** | **Безусловная франшиза (% от стоимости оказанных медицинских услуг, который оплачивается Застрахованным лицом)** |
| **"Медицинский центр" XXI век" АНО** (Большой Сампсониевский пр-кт, дом № 45; Брянцева ул, дом № 13, корпус 1; Коллонтай ул, дом № 4, корпус 1; Богатырский пр-кт, дом № 49, корпус 1; Гастелло ул, дом № 22; Марата ул, дом № 48/15; Маршака пр-кт, дом № 4; Большая Пушкарская ул, дом № 20; Косыгина пр-кт, дом № 34; Коломяжский пр-кт, дом № 28; Старо-Петергофский пр-кт, дом № 39; КИМа пр-кт, дом № 28; Сикейроса ул, дом № 7, корпус 2; Моравский пер, дом № 3, корпус 2; Пограничника Гарькавого ул, дом № 15, корпус 3; Комендантский пр-кт, дом № 51, корпус 1; Щербакова ул, дом № 11) | 10% |
| **"Немецкая клиника" ООО** (СПб, ул. Варшавская, д.23, к.1, лит. А; м. Парк Победы, площадь Чернышевского, д. 11 (БЦ «Буржуа», вход с Варшавской ул.) м. Парк Победы) | 10% |
| **"ЦСМ МЕДИКА" ООО** (ул. Бадаева, д.6, корпус 1; ул. Пулковская, д.8, к.1, лит. А; пр. Тореза, д.72, лит. А; ул. Гжатская д. 22, корпус 4, лит. А; 14-я линия В.О., д. 7, лит. А; Комендантский проспект, дом 10, корп. 1; ул. Дегтярная, д.23/25, лит.А; ул. Пражская, д.12, кор. 1, лит. А; ул. Лени Голикова, д. 29, лит. А, кор. 3; ул. Сикейроса, д. 10, лит. В, кор. 3; ул. Луначарского д. 47, лит. А, 2 этаж; Выборг, пр. Ленина д. 12 | 10% |
| **"Адмиралтейские верфи" филиал "Медицинский центр" АО** (Садовая ул, дом № 126; Реки Фонтанки наб, дом № 203) | 10% |
| **ООО "БАЛТЗДРАВ КУПЧИНО"** (СПб, ул. Ярослава Гашека, д.5, лит.А; СПб, ул. Маршала Говорова, 37, кор. 2; ул. Дыбенко, д.25, к.1; Гражданский пр., д. 84) | 10% |

|  |  |
| --- | --- |
| Заказчик  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подписано ЭП) | ПОСТАВЩИК:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подписано ЭП) |

Приложение № 6

к Договору №2022.72842

от 23.05.2022г.

**Форма Акта оказанных услуг**

-----------------------------------------------------*начало формы*------------------------------------------------------

**А К Т**

**оказанных услуг**

**по Договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от** «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.

г. Санкт – Петербург «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет телекоммуникаций им. проф. М.А. Бонч-Бруевича»**, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «Страхователь», с одной стороны, и

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «Страховщик», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», составили настоящий Акт оказанных услуг (далее – Акт) о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Договора №\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. Страховщик оказал услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(указать в соответствии с предметом Договора)*.
2. Качество оказанных услуг соответствует условиям Договора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(в случае если недостатки не выявлены указать «в полном объёме»; в случае выявления недостатков указать «в следующем объёме:…» и предоставить перечень услуг, которые соответствуют условиям Договора)*.
3. Срок оказания услуг в соответствии с условиями Договора с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.
4. Фактический срок оказания услуг по Договору с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

ОБРАЗЕЦ

1. Цена Договора составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей \_\_\_ копеек, вкл. НДС – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей/НДС не облагается на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
2. В соответствии с п. \_\_\_\_\_\_ Договора сумма штрафных санкций составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей \_\_\_\_ копеек.
3. В соответствии с п. \_\_\_\_\_\_ Договора сумма пени составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей \_\_\_\_ копеек.
4. Итоговая сумма, подлежащая оплате Страховщику с учетом удержания штрафных санкций и пени, составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей \_\_\_ копеек.

-------------------------------------------------------*конец формы*--------------------------------------------

|  |  |
| --- | --- |
| Заказчик  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подписано ЭП) | ПОСТАВЩИК:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подписано ЭП) |

1. По медицинским услугам, помеченным «\*», предусмотрены ограничения объема услуг, указанные в таблицах 1-3 программы. [↑](#footnote-ref-1)
2. Формы справок приведены в соответствии с действующим законодательством. [↑](#footnote-ref-2)
3. Исследования в программе указаны согласно Приказу Минздрава РФ от 21.02.2000 N 64 "Об утверждении номенклатуры клинических лабораторных исследований". [↑](#footnote-ref-3)
4. Осуществляется только по направлению Страховщика. [↑](#footnote-ref-4)
5. Осуществляется только по направлению Страховщика. [↑](#footnote-ref-5)
6. Осуществляется только по направлению Страховщика. [↑](#footnote-ref-6)
7. При наличии вакцины в клинике. [↑](#footnote-ref-7)
8. С учетом пункта 4.2.35 и 4.2.36 Программы. [↑](#footnote-ref-8)
9. С учетом пункта 4.2.35 и 4.2.36 Программы. [↑](#footnote-ref-9)
10. Помощь на дому или на рабочем месте 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. [↑](#footnote-ref-10)
11. Скорая медицинская помощь предоставляется Застрахованному лицу в целях спасения жизни. [↑](#footnote-ref-11)
12. Стационарная помощь осуществляется только по направлению Страховщика. [↑](#footnote-ref-12)
13. Экстренная госпитализация осуществляется при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациенту. [↑](#footnote-ref-13)
14. АО «СОГАЗ» оплачивает медицинские услуги стационара, оказанные по поводу тех случаев, которые явились непосредственной причиной госпитализации или угрожающие жизни Застрахованного лица. [↑](#footnote-ref-14)
15. Здесь и далее указан код заболевания в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр). [↑](#footnote-ref-15)
16. На приеме у врача. [↑](#footnote-ref-16)
17. Однократно без применения диагностических тестов [↑](#footnote-ref-17)