

**ПРОГРАММЫ
РЕАБИЛИТАЦИИ и ОПЛАТЫ
ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ УСЛУГ
ДЛЯ ПОСТРАДАВШИХ И
ЧЛЕНОВ СЕМЕЙ ПОГИБШИХ
ПРИ АВАРИИ на СШГЭС**

КАТЕГОРИИ ГРАЖДАН, ИМЕЮЩИХ ПРАВО НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММАХ РЕАБИЛИТАЦИИ И ОПЛАТЫ УСЛУГ

| Категория лиц | Санаторно-курортное лечение/ Детский оздоровительный лагерь | Оплата абонементов на посещение физкультурно-оздоровительных объектов | Оплата медикаментов |
|---|---|---|---------------------|
| Пострадавшие | + | + | + |
| Члены семей погибшего: | | | |
| Дети погибшего до 14 лет | + | + | + |
| Супруги погибшего, дети погибшего старше 14 лет | + | + | + |
| Родители погибшего | + | + | + |
| Бабушки, дедушки погибшего | | | + |

Категории Застрахованных на получение санаторно-курортного лечения/пребывание в детском оздоровительном лагере

| № | Категория лиц | Форма оздоровления, вид компенсаций | Территория | Ограничение стоимости, руб. | Периодичность |
|-----|---|---|------------|-----------------------------|---------------|
| 1 | Пострадавшие | Санаторно-курортное лечение | РФ | 30 000 | Ежегодно |
| 2 | Члены семей погибшего | | | | |
| 2.1 | Дети погибшего до 14 лет | Санаторно-курортное лечение/ Детский оздоровительный лагерь | РФ | 30 000 | Ежегодно |
| 2.2 | Супруги погибшего, дети погибшего старше 14 лет | Санаторно-курортное лечение | РФ | 30 000 | Ежегодно |
| 2.3 | Родители погибшего | Санаторно-курортное лечение | РФ | 30 000 | Ежегодно |

предлагаемые санатории

- **Республика Хакасия**
 - «Озеро Шира»
 - «Саянская Благодать»
 - «Туманный»
- **Красноярский край**
 - «Красноярское Загорье»
 - «Озеро Учум»
 - «Шушенский»
 - «Сосновый бор»
- **Алтайский край**
 - «АЛТАЙ-WEST»
 - «Белокуриха»
 - «Катунь»
 - «Сибирь»
 - «Россия»
 - Центросоюза

С полным перечнем можно ознакомиться у представителя РГС



предлагаемые центры реабилитации для детей

- **г. Тюмень**
 - «Алые паруса»
 - «Большой Тараскуль»
 - «Юный геолог»
 - «Здоровье»
- **г. Анапа**
 - «Вита»
 - «Жемчужина России»
 - «Лазурный берег»
 - «Юнга»
- **г. Сочи**
 - Детский им. Н.А.Семашко
 - «Морская даль»
 - «Чайка»



С полным перечнем можно
ознакомиться у представителя
РГС

порядок организации санаторно-курортного обслуживания/детского оздоровительного отдыха

- Передача заявки представителю РГС (за 45 и более дней до даты начала заезда)
 - ФИО
 - дата рождения (для ребенка)
 - наименование лечебно-реабилитационного учреждения, условия и сроки пребывания
 - медицинское заключение
 - контактный телефон/адрес эл. почты Застрахованного (ответственного лица)
- После согласования заявки (в течение 5 рабочих дней) заполнение Формы №1
- Осуществление доплаты (при необходимости) на основании договора, оформленного представителем РГС
- Получение документов, предъявляемых при размещении



Форма № 1

Приложение 1
к Дополнительному соглашению _____ от _____
к Договору _____ от _____

ОБРАЗЕЦ

Форма № 1.

**ЗАЯВКА НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ/ДЕТСКИЙ
ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ ЛАГЕРЬ
В Финал ООО «Росгосстрах» по г. Москве и Московской области**

| | |
|--|--|
| ФИО | |
| Дата рождения | |
| Паспортные данные (кошета/ответственного за ребенка) | |
| Данные св-ва о рождении (для ребенка) | |
| Адрес прописки | |
| Контактный телефон/ адрес эл. почты | |
| Название санатория | |
| Тип размещения | |
| Даты пребывания в санатории | |
| Рекомендуемый тип санатория, климатическая полоса, сезон пребывания (из мед. заключения) | |

С противопоказаниями для санаторно-курортного лечения, необходимо
предъявления медицинских документов установленного образца при заселении
ознакомлен

«__» _____ 20__ г. Подпись _____ /
(подпись заявителя/ ответственного лица для ребенка) ФИО

СТРАХОВЩИК:

Руководитель
Центра развития личного страхования
Филиала ООО «Росгосстрах» в Москве и
Московской области

И.В. Селкин
МП

СТРАХОВАТЕЛЬ:

МП



Форма № 3 в части возмещения стоимости путевок и проезда

ЗАЯВЛЕНИЕ

В Филиал ООО «Росгосстрах» по г. Москве и Московской области на компенсацию личных средств на получение медицинских услуг и покупку лекарственных средств и изделий медицинского назначения

Я _____
Дата рождения _____ года
№ ИО (паспорт)
Номер полиса _____
срок действия с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.
Компания _____

Прошу Вас оплатить мои расходы в размере _____ рублей _____ копеек,
(сумма прописью)

- Связанные с (нужное подчеркнуть):
- А. Приобретением путевок в санаторно-курортные/детские оздоровительные учреждения
 - Б. Проездом к санаторно-курортному/детскому оздоровительному учреждению
 - В. Приобретением лекарственных препаратов
 - Г. Приобретением абонеента на получение услуг физкультурно-оздоровительных объектов
- Прилагаю следующие документы:

А. Приобретение путевок в санаторно-курортные/детские оздоровительные учреждения

| Наименование документа | № и количество предоставленных документов (листов) |
|--|--|
| Копия лицензии на санаторно-курортное/реабилитационно-восстановительное лечение или на оказание медицинских услуг, заверенная печатью учреждения | |
| Справка ф. № 070/у-04 "Справка для получения путевки" | |
| Медицинская справка по форме №079/у или №076/у для пребывания ребенка в детском оздоровительном учреждении | |
| Обратный талон (корешок) путевки | |
| Эпикриз | |
| Платежные документы строгой отчетности (кассовый чек, квитанция), подтверждающие произведенные затраты | |

Б. Проезд к санаторно-курортному/детскому оздоровительному учреждению

| Наименование документа | № и количество предоставленных документов (листов) |
|--|--|
| Билеты на ж/д транспорт или авиабилеты (если билет электронный, обязательно представлено посадочного талона) | |
| Документ, подтверждающий оплату трансфера «ж/д станция (аэропорт) – санаторий» с указанием даты, маршрута, стоимости | |

Услуги оплачивались наличными _____
Паспорт серия _____ № _____ выдан _____
Домашний адрес _____
Телефоны (с указанием кода города/населенного пункта): _____
E-mail: _____

Выплату прошу произвести безналичным путем на Р/с (банка) _____
БИК (банка) _____, К/с (банка) _____
Наименование и место расположения банка _____
ИНН (банка) _____ КПП(банка) _____ ОКПО(банка) _____

Назначение платежа _____
(УКАЗАТЬ свой лицевой счет, зарплатный счет, иное назначение платежа по требованию банка. ОБЯЗАТЕЛЬНО!!!)

«__» _____ 20__ г. Подпись _____ / _____
(подпись заявителя/ответственного лица для ребенка) # ИО

противопоказания для санаторно-курортного лечения

- Все заболевания в острой стадии, хронические заболевания в стадии обострения.
- Острые инфекционные заболевания до окончания срока изоляции.
- Все венерические заболевания в острой и заразной форме.
- Кахексия любого происхождения.
- Злокачественные новообразования.
- Все заболевания и состояния, требующие стационарного лечения.
- Заболевания, при которых больные не способны к самостоятельному передвижению, самообслуживанию и нуждаются в постоянном специальном уходе.
- Часто повторяющиеся или обильные кровотечения.
- Все формы туберкулеза в активной стадии.



Категории Застрахованных на получение сервисного медикаментозного обеспечения

| № | Категория лиц | Форма оздоровления, вид компенсации | Территория | Ограничение стоимости, руб. | Периодичность |
|----|--|-------------------------------------|------------|---|---------------|
| | Пострадавшие | Оплата медикаментов | РФ | 10 000 (по рецептам врача и при наличии оплаченного чека) | Ежегодно |
| 1 | Члены семей погибшего: Дети погибшего до 14 лет | Оплата медикаментов | РФ | 10 000 (по рецептам врача и при наличии оплаченного чека) | Ежегодно |
| 2. | Супруги погибшего, дети погибшего старше 14 лет | Оплата медикаментов | РФ | 10 000 (по рецептам врача и при наличии оплаченного чека) | Ежегодно |
| 3. | Родители погибшего | Оплата медикаментов | РФ | 10 000 (по рецептам врача и при наличии оплаченного чека) | Ежегодно |
| 4. | Бабушки, дедушки погибшего | Оплата медикаментов | РФ | 10 000 (по рецептам врача и при наличии оплаченного чека) | Ежегодно |

Организация сервисного медикаментозного обеспечения

- Передача документов представителю РГС
 - заявление по Форме №3
 - оригиналы кассового и товарного чеков с наименованием препарата, его количеством и ценой
 - выписка из медицинской карты с указанием на назначение данного препарата



Форма № 3 в части медикаментозного обеспечения

ЗАЯВЛЕНИЕ

В Филиал ООО «Росгосстрах» по г. Москве и Московской области на компенсацию личных средств на получение медицинских услуг и покупку лекарственных средств и изделий медицинского назначения

Я _____
Дата рождения _____ года
Номер полиса _____
срок действия с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.
Компания _____

Прошу Вас оплатить мои расходы в размере _____ рублей _____ копеек,
(сумма прописью)

- Связанные с (нужное подчеркнуть):
- А. Приобретением путевок в санаторно-курортные/детские оздоровительные учреждения
 - Б. Проездом к санаторно-курортному/детскому оздоровительному учреждению
 - В. Приобретением лекарственных препаратов
 - Г. Приобретением абонеента на получение услуг физкультурно-оздоровительных объектов

Прилагаю следующие документы:

В. Приобретение дорогостоящих лекарственных препаратов или изделий медицинского назначения по рецепту врача.*

| Наименование документа | № и количество предоставленных документов (листов) |
|--|--|
| Выписка из амб. карты (истории болезни) с назначением препарата, заверенная подписью врача и печатью ЛПУ | |
| Чек и товарный чек с наименованием препарата, его количеством и ценой | |

*оплачиваются лекарственные средства и изделия медицинского назначения стоимостью свыше 500 руб. (одно наименование, курсовое лечение).

Услуги оплачивались наличными _____
Паспорт серия _____ № _____ выдан _____
Домашний адрес _____
Телефоны (с указанием кода города/населенного пункта): _____
E-mail: _____

Выплату прошу произвести безналичным путем на
Р/с (банка) _____
БИК (банка) _____, К/с (банка) _____
Наименование и место расположения банка _____
ИНН (банка) _____ КПП (банка) _____ ОКПО (банка) _____

Назначение платежа _____
(УКАЗАТЬ на какой видовой счет, картовый счет, наименование счета и его номер: банк-ОБЯЗАТЕЛЬНО!!!)

«__» _____ 20__ г. Подпись _____ / _____
(подпись клиента/опекуна своего лица для ребенка) ФИО

Категории Застрахованных для посещения физкультурно-оздоровительных объектов

| № | Категория лиц | Форма оздоровления, вид компенсаций | Территория | Ограничение стоимости, руб. | Периодичность |
|-----|---|---|------------------------------|-----------------------------|---------------|
| 1 | Пострадавшие | Оплата абонементов на посещение физкультурно-оздоровительных объектов | Черемушки, Майна, Саяногорск | 5 000 | ежегодно |
| 2 | Члены семей погибшего: | | | | |
| 2.1 | Дети погибшего до 14 лет | Оплата абонементов на посещение физкультурно-оздоровительных объектов | Черемушки, Майна, Саяногорск | 5 000 | Ежегодно |
| 2.2 | Супруги погибшего, дети погибшего старше 14 лет | Оплата абонементов на посещение физкультурно-оздоровительных объектов | Черемушки, Майна, Саяногорск | 5 000 | Ежегодно |
| 2.3 | Родители погибшего | Оплата абонементов на посещение физкультурно-оздоровительных объектов | Черемушки, Майна, Саяногорск | 5 000 | Ежегодно |

посещение физкультурно-оздоровительных объектов

- Для прикрепления к физкультурно-оздоровительному объекту заполнение Формы №2
- При самостоятельном приобретении абонементов в физкультурно-оздоровительные центры, имеющие медицинскую лицензию, заполнение Формы №3

Форма № 2

ЗАЯВКА НА АБОНЕМЕНТ НА ПОСЕЩЕНИЕ ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ОБЪЕКТОВ

В Филиал ООО «Росгосстрах» по г. Москве и Московской области

| | |
|---|--|
| ФИО | |
| Дата рождения | |
| Паспортные данные (клиента/ответственного за ребенка) | |
| Данные св-ва о рождении (для ребенка) | |
| Адрес прописки | |
| Контактный телефон/ адрес эл. почты | |
| Название физкультурно-оздоровительного объекта | |
| Адрес местонахождения физкультурно-оздоровительного объекта | |
| Дата начала занятий | |

С противопоказаниями для посещения физкультурно-оздоровительных учреждений, необходимостью предъявления медицинских документов установленного образца при начале занятий ознакомлен/а

« »

20 г.

Подпись

/



Форма №3 в части возмещения затрат на физкультурно-оздоровительные цели

ЗАЯВЛЕНИЕ

В Филиал ООО «Росгосстрах» по г. Москве и Московской области на компенсацию личных средств на получение медицинских услуг и покупку лекарственных средств и изделий медицинского назначения

Я _____

Дата рождения _____ года И.О. по паспорту

№ документа _____

срок действия с « _____ » 20__ г. по « _____ » 20__ г.

Компания _____

Прошу Вас оплатить мои расходы в размере _____ рублей _____ копеек,

(сумма прописью)

Связанные с (нужное подчеркнуть):

- A. Приобретением путевок в санаторно-курортные/детские оздоровительные учреждения
- Б. Проездом к санаторно-курортному/детскому оздоровительному учреждению
- В. Приобретением лекарственных препаратов
- Г. Приобретением абонеента на получение услуг физкультурно-оздоровительных объектов

Прилагаю следующие документы:

Г. Приобретение абонеента на получение услуг физкультурно-оздоровительных центров

| Наименование документа | № и количество предоставленных документов (листов) |
|---|--|
| Документ, подтверждающий приобретение абонеента в ФОЦ | |
| Копия лицензии ФОЦ, заверенная печатью учреждения | |

Услуги оплачивались наличными _____

Паспорт серия _____ № _____ выдан _____

Домашний адрес _____

Телефоны (с указанием кода города/населенного пункта): _____

E-mail: _____

Выплату прошу произвести безналичным путем на

Р/с (б/взл) _____

БИК (б/взл) _____, К/С (б/взл) _____

Наименование и место расположения банка _____

ИНН (б/взл) _____ КПП (б/взл) _____ ОКПО (б/взл) _____

Назначение платежа _____

(УКАЗАТЬ свой личный счет, картонный счет, номер банковской платежной карточки - ОБЯЗАТЕЛЬНО !!)

« _____ » 20__ г. Подпись _____ /

(подпись и печать/ответственный лица для ребенка) Ф.И.О.

Представители ООО «Росгосстрах»

г. Черемушки

- Добжанская Ольга Сергеевна
- тел. 8-390-42-6-36-76, моб. тел. 8 960 777 54 49
- эл.почта: 61907020@MAIL.RU
- Адрес и время приема заявок

г. Москва

- Хайретдинова Наталия Николаевна
- Тел. (495)-783-24-24 (доб. 050-32-44)
- Natalya_Hairetdinova@stolica.rgs.ru