

Приложение № 3 к Договору страхования (Полису) «Спроси врача»

**ПАМЯТКА ПОЛУЧАТЕЛЮ СТРАХОВЫХ УСЛУГ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ (ПОЛИСУ) «СПРОСИ ВРАЧА»  
по добровольному медицинскому страхованию**

1. Способ и порядок подачи заявления о заключении Договора страхования (Полиса) страхования	1.1. Договор страхования (Полис) заключается на основании устного заявления Страхователя.
2. Документы, с которыми необходимо ознакомиться при заключении Договора страхования (Полиса)	2.1. Договор страхования (Полис) «Спроси врача» (далее – Договор страхования (Полис)). 2.2. Условия страхования (далее – Условия), Приложение №1 к Договору страхования (Полису). 2.3. Программа страхования «Спроси врача» (далее – Программа), Приложение №2 к Договору страхования (Полису). 2.4. Правила добровольного медицинского страхования граждан АО «СОГАЗ» в редакции от 22.07.2019 размещенные на интернет-странице Страховщика по адресу: <a href="https://www.sogaz.ru/upload/iblock/206/003_pravila-dobrovolnogo-meditsinskogo-strakhovaniya-grazhdan-ot-22.07.2019.pdf">https://www.sogaz.ru/upload/iblock/206/003_pravila-dobrovolnogo-meditsinskogo-strakhovaniya-grazhdan-ot-22.07.2019.pdf</a> . 2.5. ФОРМА согласия Застрахованного лица (законного представителя несовершеннолетнего Застрахованного лица) на исполнение обязательств в рамках программы с франшизой, реализуемой в рамках Договора страхования (Полиса) «Спроси врача»; 2.6. Настоящая памятка.
3. Условия, на которых заключается Договор страхования (Полис)	3.1. Объект страхования: В соответствии с пунктом 2.1 Условий. 3.2. Страховой случай: 3.2.1. Обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования по настоящему Договору страхования (Полису) для организации и оказания Застрахованному лицу телемедицинских консультаций, предусмотренных п. 3.1.1 Программы, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующего их оказания. 3.2.2. Возникновение в течение срока действия страхования по настоящему Договору страхования (Полису) необходимости организации и оказания иных услуг, предусмотренных п. 3.2 Программы, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующего их оказания. 3.2.3. Обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования по настоящему Договору страхования (Полису) в медицинскую организацию из числа согласованных Страховщиком для организации и оказания Застрахованному лицу медицинских услуг, предусмотренных п. 3.1.2 Программы. 3.3. Перечень, объем медицинских и иных услуг, условия их получения определяются Программой.
4. Размер страховой премии, порядок ее уплаты, последствия неуплаты или уплаты страховой премии не в полном размере	4.1. Обстоятельства, влияющие на размер страховой премии: страховая сумма, срок действия договора страхования, степень страхового риска. 4.2. Размер страховой премии определяется по соглашению сторон и указан в п. 7 Договора страхования (Полиса). 4.3. Уплата страховой премии производится одновременно при заключении Договора страхования (Полиса) (п. 8 Договора страхования (Полиса)). 4.4. В случае неуплаты страховой премии или уплаты премии не в полном объеме в установленный Договором страхования (Полисом) срок, Договор страхования (Полис) считается не вступившим в силу.
5. Франшиза, исключения из страхования, отказ в страховой выплате	5.1. Франшиза: 5.1.1. Временная: не подлежат оплате Страховщиком медицинские и иные услуги, обращение Застрахованного лица за оказанием которых произошло в течение 15 дней с даты начала срока действия страхования по настоящему Договору страхования (Полису). 5.1.2. Безусловная: в отношении услуг, указанных в п. 3.1.2. Программы, устанавливается франшиза в размере 50% от стоимости оказанных медицинских услуг. Страховщик оплачивает медицинские услуги согласно счетам медицинского учреждения, в полном объеме с последующим возмещением Застрахованным лицом (законным представителем несовершеннолетнего Застрахованного лица) Страховщику той части оплаты медицинских услуг, которая соответствует безусловной франшизе по Договору страхования (Полису), путем безналичных взаиморасчетов в личном кабинете на сайте АО «СОГАЗ», доступ к которому осуществляется по ссылке <a href="https://lk.sogaz.ru">https://lk.sogaz.ru</a> 5.2. Согласие Застрахованного лица (законного представителя несовершеннолетнего Застрахованного лица) на исполнение обязательств в рамках Программы страхования и оплате части медицинских услуг в размере безусловной франшизы является неотъемлемой частью Договора страхования (Полиса) (Приложение № 4). 5.3. Порядок исполнения обязательств Сторон в части, касающейся безусловной франшизы, предусмотрен в разделе VII Программы страхования.

	<p>5.4. Страхование в отношении услуг, указанных в п. 3.1.2. Программы, для которых предусмотрена безусловная франшиза, начинается с указанной в п. 9.2 Договора страхования (Полиса) даты начала срока действия страхования, но не ранее регистрации банковской карты в личном кабинете на сайте АО «СОГАЗ», расположенном по адресу <a href="https://lk.sogaz.ru">https://lk.sogaz.ru</a> в порядке, предусмотренном в разделе VII Программы.</p> <p>5.5. Исключения из страхования:</p> <p>5.5.1. Перечень исключений, обращение по поводу которых не является застрахованным и не оплачивается Страховщиком, определен в разделе IV Программы.</p> <p>5.5.2. Обращение за организацией оказания медицинских и иных услуг, произошедшее вне срока действия страхования, указанного в п. 9 Договора страхования (Полиса), не являются страховыми случаями и не оплачиваются Страховщиком.</p>
<p>6. Дополнительные условия для заключения Договора страхования (Полиса)</p>	<p>6.1. Медицинское анкетирование при заключении Договора страхования (Полиса) не производится.</p> <p>6.2. Документ, удостоверяющий личность Страхователя по Договору страхования (Полису) является необходимым для заключения Договора страхования (Полиса).</p> <p>6.3. При прохождении регистрации в личном кабинете на сайте АО «СОГАЗ», расположенном по адресу <a href="https://lk.sogaz.ru">https://lk.sogaz.ru</a>, необходимо предоставить согласие Застрахованного лица (законного представителя несовершеннолетнего Застрахованного лица) на исполнение обязательств в рамках Программы страхования и оплате части медицинских услуг в размере безусловной франшизы.</p>
<p>7. Порядок возврата страховой премии в случае отказа от Договора страхования (Полиса)</p>	<p>7.1. При отказе Страхователя от Договора страхования (Полиса) в течение 14 календарных дней с даты его заключения (Период охлаждения), при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, страховая премия подлежит возврату Страховщиком в полном объеме.</p> <p>7.2. Договор страхования (Полис) прекращает свое действие:</p> <p>7.2.1. с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования (Полиса) и документации, предусмотренной п. 5.11 Условий, поданных непосредственно в офис Страховщика;</p> <p>7.2.2. с даты передачи Страхователем письменного заявления об отказе от Договора страхования (Полиса) и документации предусмотренной п. 5.11 Условий, в организацию почтовой связи для доставки в адрес Страховщика.</p> <p>7.3. Возврат Страховщиком страховой премии осуществляется не позднее 10 рабочих дней с даты поступления соответствующего письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования (Полиса) с указанным пакетом документов.</p> <p>7.4. При отказе Страхователя от Договора страхования (Полиса) по истечении 14 календарных дней с даты его заключения, уплаченная страховая премия в соответствии со ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации не подлежит возврату.</p>
<p>8. Порядок предоставления медицинских и иных услуг</p>	<p>8.1. Для получения дистанционных (телемедицинских) онлайн-консультации в рамках Программы Застрахованному лицу (законному представителю Застрахованного лица) необходимо загрузить и установить на свое мобильное устройство мобильное приложение сервиса онлайн-консультаций. Мобильное приложение позволяет Застрахованному лицу (законному представителю Застрахованного лица) связываться с врачом, получать устные и письменные консультации, прикреплять и хранить медицинские документы (результаты анализов, медицинские заключения, справки и т.д.)</p> <p>8.2. Для организации лабораторных исследований, назначенных врачом в ходе телемедицинской консультации, Застрахованному лицу (законному представителю Застрахованного лица) необходимо пройти регистрацию в личном кабинете АО «СОГАЗ» расположенном по адресу <a href="https://lk.sogaz.ru">https://lk.sogaz.ru</a>, после прохождения которой Застрахованному лицу могут быть организованы медицинские услуги, предусмотренные п.3.1.2 Программы.</p> <p>8.3. Для получения услуг по организации медицинской помощи, в соответствии с п.п. 3.2.2 и 3.2.3 Программы, включающих помощь в подборе клиники, запись к врачу и организации диагностических обследований, Застрахованное лицо оставляет заявку на консультацию с контактами для обратной связи врачу во время онлайн-консультации. При этом стоимость приема врача, других медицинских услуг и лекарственных препаратов оплачивается Застрахованным лицом (законным представителем Застрахованного лица) самостоятельно и не возмещается Страховщиком.</p> <p>Подробный порядок и условия предоставления медицинских и иных услуг описаны в разделах V и VI Программы</p>
<p>9. Принцип расчета страховой выплаты</p>	<p>Страховая выплата осуществляется путем оплаты медицинской организации медицинских услуг в размере стоимости документально подтвержденных медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой, оказанных Застрахованному лицу вследствие его обращения в медицинскую организацию в соответствии с условиями Программы в течение срока действия Договора страхования (Полиса). Страховщик оплачивает медицинские услуги согласно счетам медицинского учреждения в полном объеме с последующим возмещением Застрахованным лицом (законным представителем Застрахованного лица) Страховщику той части оплаты</p>

	медицинских услуг, которая соответствует безусловной франшизе по Договору страхования (Полису).
10. Налогообложение страховой выплаты или возврата страховой премии при досрочном прекращении договора страхования	В соответствии со ст. 213 главы 23 Налогового Кодекса Российской Федерации.
11. О запросе дополнительной информации	Страхователь имеет право запросить в письменной форме информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру, если договор страхования заключается при посредничестве страхового агента/брокера
12. Куда обращаться при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая	При наступлении страхового случая, Застрахованному лицу (законному представителю Застрахованного лица) необходимо воспользоваться сервисом дистанционных (телемедицинских) онлайн-консультации. В случае отсутствия возможности воспользоваться онлайн-сервисом, обратиться по телефону 8 800 250 29 06 при условии выполнения п. 8 настоящей Памятки.

**Приложение № 1 к Договору страхования (Полису) «Спроси врача» –  
Условия страхования**

**1. Общие положения**

1.1. Настоящие Условия страхования (далее – Условия) являются неотъемлемой частью Договора страхования (Полиса), заключенного на основании устного заявления Страхователя на страхование, и подготовлены на основании Правил добровольного медицинского страхования граждан в редакции от 22.07.2019 (далее – Правила). Правила размещены на интернет-странице Страховщика по адресу: [https://www.sogaz.ru/upload/iblock/206/003\\_pravila-dobrovolnogo-meditsinskogo-strakhovaniya-grazhdan-ot-22.07.2019.pdf](https://www.sogaz.ru/upload/iblock/206/003_pravila-dobrovolnogo-meditsinskogo-strakhovaniya-grazhdan-ot-22.07.2019.pdf).

1.2. В случае если положения Договора страхования (Полиса) и настоящих Условий отличаются от положений Правил, применяются положения, изложенные в Договоре страхования (Полисе) и/или в настоящих Условиях.

1.3. Настоящий Договор страхования (Полис), в соответствии с положениями ст. 435 ГК РФ заключен в форме Договора страхования (Полиса)-оферты, при этом оплата страховой премии Страхователем является подтверждением его акцепта, т.е. согласия с условиями оферты, и подтверждает заключение настоящего Договора страхования (Полиса), согласно положениям п. 3 ст. 438 ГК РФ.

**1.4. Термины и определения:**

1.4.1. **Дата заключения Договора страхования (Полиса)** – дата уплаты Страхователем Страховщику страховой премии;

1.4.2. **Страховщик** – Акционерное общество «Страховое общество газовой промышленности» (АО «СОГАЗ»);

1.4.3. **Страхователь (Плательщик)** – дееспособное физическое лицо, в возрасте от 18 лет, являющееся гражданином Российской Федерации, заключившее со Страховщиком Договор страхования (Полис) в соответствии с настоящими Условиями и осуществившее оплату страховой премии по Договору страхования (Полису).

1.4.3.1. Информация о Страхователе отражена в договоре страхования (Полисе).

1.4.4. **Застрахованное лицо** – указанное в Договоре страхования (Полисе) физическое лицо-получатель медицинских и иных услуг в рамках Программы, не находящееся в местах лишения свободы, в возрасте от 1 до 100 лет включительно на начало срока действия страхования по Договору страхования (Полису).

1.4.5. **Медицинские организации** – 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.

1.4.6. **Иные организации** - имеющие договорные отношения со Страховщиком организации, которые по поручению Страховщика обеспечивают организацию Застрахованным лицам иных услуг, предусмотренных договором страхования.

1.4.7. **Медицинские услуги (медицинская помощь)** – первичная медико-санитарная помощь, специализированная помощь, оказываемая в рамках Договора страхования (Полиса) в соответствии с Программой.

1.4.8. **Телемедицинские технологии, Телемедицина** – 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, консультация, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента. Договором страхования (Полисом) предусмотрено оказание телемедицинских консультаций в порядке, предусмотренном Программой.

1.4.9. **Иные услуги** – услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи Застрахованному лицу, оказываемые Страховщиком и (или) организацией, действующей по поручению Страховщика, при наступлении страхового случая, в соответствии с п. 3.2 Программы.

1.4.10. **Период охлаждения** – период времени, установленный Указанием Центрального банка Российской Федерации от 20.11.2015 № 3854-У "О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования" (далее – Указание № 3854-У). В случае отказа Страхователя – физического лица от Договора страхования (Полиса) в течение периода охлаждения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию, в случаях и в порядке, предусмотренных п.п. 5.10-5.14 настоящих Условий.

Продолжительность периода охлаждения - 14 календарных дней с даты заключения Договора страхования (Полиса).

1.4.11. **Временная франшиза** – период времени равный 15 календарным дням с даты начала срока действия страхования по Договору страхования (Полиса), в течение которого обращение Застрахованного лица в медицинскую или иную организацию для получения медицинских и иных услуг, не является страховым случаем.

1.4.12. **Безусловная франшиза** – часть стоимости медицинской услуги, которая вычитается из стоимости услуг, подлежащих оплате Страховщиком по Договору страхования (Полису). Размер безусловной франшизы указан в п. 10.1.2 Договора страхования (Полиса) и разделе VII Программы. Порядок применения безусловной франшизы указан в п. 6.4 настоящих Условий.

**2. Объект страхования**

2.1. Объектом медицинского страхования являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с оплатой организации и оказания ему медицинских и иных услуг при наступлении страхового случая вследствие расстройства здоровья 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 Программой добровольного медицинского страхования (далее Программа), в порядке и на условиях, указанных в Договоре страхования (Полисе).

2.2. При заключении Договора страхования (Полиса) на основании настоящих Условий на страхование не принимаются:

2.2.1. лица младше 1 года или старше 100 лет включительно на дату начала действия страхования, обусловленного Договором страхования (Полисом) (однако Договор страхования (Полис), заключенный в отношении Застрахованного лица, которому исполнится 101 год в течение срока действия страхования по Договору страхования (Полису), продолжает действовать до истечения срока его действия);

2.2.2. находящиеся в местах лишения свободы.

2.3. Лицам, указанным в п. 2.2 настоящих Условий, изъявляющим желание стать Застрахованным лицом, могут быть предложены альтернативные условия страхования после обращения к Страховщику.

**3. Страховой риск. Страховой случай**

3.1. Страховым риском является событие, на случай наступления которого заключается Договор страхования (Полис), обладающее признаками вероятности и случайности.

3.2. Страховым случаем является:

3.2.1. Обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования по настоящему Договору страхования (Полису) для организации и оказания Застрахованному лицу телемедицинских консультаций, предусмотренных п. 3.1.1 Программы, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующего их оказания.

3.2.2. Возникновение в течение срока действия страхования по настоящему Договору страхования (Полису) необходимости организации и оказания иных услуг, предусмотренных п. 3.2 Программы, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующего их оказания.

3.2.3. Обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования по настоящему Договору страхования (Полису) в медицинскую организацию из числа согласованных Страховщиком для организации и оказания Застрахованному лицу медицинских услуг, предусмотренных п. 3.1.2 Программы.

3.3. Перечень, объем медицинских и иных услуг, условия их получения определяются Программой.

**4. Страховая сумма и страховая премия. Срок действия  
Договора страхования (Полиса)**

4.1. Страховая сумма и страховая премия устанавливаются по соглашению сторон и указываются в Договоре страхования (Полисе).

4.2. Размер страховой премии определяется по соглашению сторон исходя из страховой суммы, срока действия Договора страхования (Полиса) и степени страхового риска. Страховая премия указывается в Договоре страхования (Полисе).

4.3. Срок действия Договора страхования (Полиса), срок действия

страхования устанавливаются по соглашению сторон и указываются в Договоре страхования (Полисе).

4.4. Договор страхования (Полис) вступает в силу с момента уплаты страховой премии и действует 12 месяцев - до окончания срока действия страхования, указанного в п. 9.2 Договора страхования (Полиса).

4.5. В случае неуплаты страховой премии или уплаты премии не в полном объеме в установленный Договором страхования (Полисом) срок, Договор страхования (Полис) считается не вступившим в силу и выплаты по нему не производятся.

4.6. Обязательство Страхователя по уплате страховой премии считается исполненным:

– при уплате страховой премии в безналичном порядке - с момента подтверждения исполнения перевода всей суммы страховой премии обслуживающей Страхователя кредитной организацией;

– при уплате наличными деньгами - с момента внесения всей суммы страховой премии в кассу Страховщика или его уполномоченного представителя;

– при уплате страховой премии путем перевода предоставляемых потребителем наличных денежных средств без открытия банковского счета - с момента внесения Страхователем наличных денежных средств кредитной организации либо банковскому платежному агенту (субагенту), осуществляющим деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации о национальной платежной системе.

## **5. Порядок заключения и прекращения Договора страхования (Полиса)**

5.1. Договор страхования (Полис) заключается в письменной форме путем вручения Страхователю Договора страхования (Полиса), Условий и Программы добровольного медицинского страхования «Спроси врача» (Приложение № 2 к Договору страхования (Полису)).

5.2. При заключении Договора страхования (Полиса) Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска). Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в Договоре страхования (Полисе) и в письменном запросе Страховщика.

5.3. Если будет установлено, что Договор страхования (Полис) заключен в пользу лица, указанного в п. 2.2 Условий без согласия Страховщика (ложные сведения), Страховщик вправе потребовать признание Договора страхования (Полиса) недействительным, и применения последствий, предусмотренные п. 2 ст. 179 ГК РФ. В таком случае плательщик страховой премии имеет право на возврат уплаченной страховой премии в полном объеме.

5.4. При утрате Страхователем (Застрахованным лицом) страховых документов, указанных в п. 5.1 Условий, Страхователь должен в письменной форме обратиться к Страховщику для получения дубликата, после чего утраченный экземпляр считается не имеющим юридической силы с момента подачи заявления Страхователя.

5.5. Все заявления и извещения, которые делают друг другу стороны Договора страхования (Полиса), должны производиться в письменной форме способами, позволяющими объективно зафиксировать факт сообщения по адресам:

5.5.1. Страховщика, указанным на интернет-странице Страховщика по адресу <https://www.sogaz.ru/sogaz/about/filials/>;

5.5.2. Страхователя, указанным при заключении Договора страхования (Полиса).

5.5.3. Взаимодействие Страховщика и Застрахованного лица (законного представителя несовершеннолетнего Застрахованного лица) в части направления уведомлений и информации об оплате оказанных медицинских услуг осуществляется через личный кабинет на сайте АО «СОГАЗ» в сети Интернет по адресу <https://lk.sogaz.ru>, и уведомления Страховщика считаются полученными Застрахованным лицом (законным представителем Застрахованного лица) с даты их направления Страховщиком.

5.6. В случае изменения адресов и/или реквизитов сторон, стороны обязаны заблаговременно известить друг друга об этом. Если сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны заблаговременно, то все заявления и извещения, направленные по прежнему адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

5.7. Договор страхования (Полис) прекращает свое действие в случаях:

5.7.1. исполнения Страховщиком обязательств по Договору страхования (Полису) в полном объеме.

5.7.2. прекращения действия Договора страхования (Полиса) по решению суда;

5.7.3. смерти Страхователя (физического лица), не являющегося Застрахованным лицом, если Застрахованное лицо или иное лицо не примет на себя обязанности Страхователя по Договору страхования (Полису);

5.7.4. в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

5.8. Договор страхования (Полис) может быть расторгнут досрочно по соглашению сторон.

5.9. Страхователь имеет право отказаться от Договора страхования (Полиса) в любое время.

5.10. При отказе Страхователя от Договора страхования (Полиса) в течение 14 календарных дней с даты его заключения (Период охлаждения), при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, страховая премия подлежит возврату Страховщиком в полном объеме.

5.11. Для отказа от Договора страхования (Полиса) с условием возврата страховой премии в соответствии с п.5.10 Условий, Страхователю необходимо в течение Периода охлаждения предоставить Страховщику заявление об отказе от Договора страхования (Полиса), собственноручно подписанное Страхователем, и копию документа, удостоверяющего личность Страхователя (при направлении указанного пакета документов Страховщику средствами почтовой связи).

5.12. Заявление об отказе от Договора страхования (Полиса) может быть предоставлено Страхователем путем его вручения Страховщику (при обращении Страхователя в офис Страховщика, адреса которых можно узнать на сайте Страховщика по адресу <https://www.sogaz.ru/sogaz/about/filials/>) либо путем его отправки через организацию почтовой связи Страховщику.

5.13. Договор страхования (Полис) прекращает свое действие:

5.13.1. с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования (Полиса) и документации, предусмотренной п. 5.11 Условий, поданных непосредственно в офис Страховщика;

5.13.2. с даты передачи Страхователем письменного заявления об отказе от Договора страхования (Полиса) и документации, предусмотренной п. 5.11 Условий, в организацию почтовой связи для доставки в адрес Страховщика.

5.14. Возврат Страховщиком страховой премии осуществляется не позднее 10 рабочих дней с даты поступления соответствующего письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования (Полиса) с указанным пакетом документов.

5.15. При отказе Страхователя от Договора страхования (Полиса) после истечения установленного Указанием срока Периода охлаждения уплаченная страховая премия в соответствии со ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации не подлежит возврату.

5.16. Договор страхования (Полис) прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

5.17. Для отказа от Договора страхования (Полиса) в соответствии с п.5.15 Условий Страхователю необходимо предоставить Страховщику заявление об отказе от Договора страхования (Полиса), собственноручно подписанное Страхователем, и копию документа, удостоверяющего личность Страхователя (при направлении указанного пакета документов Страховщику средствами почтовой связи), в соответствии с порядком, предусмотренным п. 5.12 Условий.

5.18. Страхование, обусловленное Договором страхования (Полисом), заключенным на основании настоящих Условий, прекращается с даты истечения срока действия Договора страхования (Полиса).

## **6. Порядок урегулирования страховых случаев. Документы, предоставляемые при наступлении страхового случая.**

6.1. Для организации и получения медицинской помощи, предусмотренной Программой, Застрахованное лицо должно обратиться к Страховщику в порядке, определенном Программой.

6.2. Страховщик с письменного согласия Застрахованного лица вправе самостоятельно запрашивать у медицинских организаций медицинскую и иную документацию Застрахованного лица, отражающую его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения. Страховщик имеет право использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования (Полиса),

оплатой оказанных Застрахованному лицу услуг, защитой прав Застрахованного лица.

6.3. Страховая выплата осуществляется путем оплаты медицинской организации медицинских услуг в размере стоимости документально подтвержденных медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой, оказанных Застрахованному лицу вследствие его обращения в медицинскую организацию в соответствии с условиями Программы в течение срока действия Договора страхования (Полиса).

6.4. Страховщик оплачивает медицинские услуги согласно счетам медицинского учреждения, в полном объеме с последующим возмещением Застрахованным лицом (законным представителем Застрахованного лица) Страховщику той части оплаты медицинских услуг, которая соответствует безусловной франшизе по Договору страхования (Полису).

6.5. Страховщик не производит возмещение фактических расходов Застрахованного лица на самостоятельную оплату им медицинской помощи, предусмотренной Программой.

## **7. Обязанности сторон**

7.1. Страховщик обязан:

- организовать и оплатить оказанную Застрахованному лицу медицинскую помощь, предусмотренную Программой;
- контролировать объем, сроки и качество организованной им медицинской помощи.

7.2. Страховщик гарантирует соблюдение врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.3. Страхователь имеет право:

- требовать от Страховщика организации оказания медицинской

помощи и (или) ее оплаты в соответствии с условиями Договора страхования (Полиса);

- отказаться от Договора страхования (Полиса) в любое время, письменно уведомив об этом Страховщика.

7.4. Страхователь обязан:

- предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию, касающуюся Застрахованного лица;

- уплачивать страховую премию в определенные Договором страхования (Полисом) сроки и в установленном Договором страхования (Полисом) размере;

7.5. Застрахованное лицо (представитель несовершеннолетнего Застрахованного лица) обязано:

- соблюдать порядок оказания медицинской помощи, предусмотренной Программой;

- своевременно и в полном объеме исполнить обязательство по возмещению Страховщику той части оплаты медицинских услуг, которая соответствует безусловной франшизе по Договору страхования (Полису);

- не передавать Договор страхования (Полис) другим лицам с целью получения ими медицинской помощи, предусмотренной Договором страхования (Полисом).

7.5. В период действия Договора страхования (Полиса) Застрахованное лицо вправе обратиться к Страховщику за информацией, необходимой для реализации своих прав по Договору страхования (Полису).

## **8. Порядок разрешения споров**

8.1. Споры, возникающие по Договору страхования (Полису), разрешаются в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

Приложение №2 к Договору страхования (Полису) «Спроси врача»

**ПРОГРАММА  
добровольного медицинского страхования  
«СПРОСИ ВРАЧА»**

*(программа добровольного медицинского страхования (далее - Программа) составлена в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования граждан АО «СОГАЗ» в редакции от 22 июля 2019г. (далее – Правила ДМС)*

**I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

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

**1.2.** Медицинские услуги оказываются Застрахованному лицу в медицинских организациях, находящихся на территории Российской Федерации.

**1.3.** Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации, предусмотренные п.п. 3.1.1.1-3.1.1.2 Программы, оказываются Застрахованному лицу при его нахождении в Российской Федерации и за рубежом.

**II. ОПИСАНИЕ ПРОГРАММЫ**

2.1. Размер страховой суммы	300 000 рублей
2.2. Организация и предоставление сервиса дистанционных (телемедицинских) онлайн-консультаций:	В соответствии с п.п. 3.1.1.1-3.1.1.2 Программы
2.2.1. Срочные онлайн-консультации дежурным врачом	В соответствии с п. 3.1.1.1 Программы Без ограничений
2.2.2. Плановые онлайн-консультации профильного врача-специалиста по предварительной записи	В соответствии с п. 3.1.1.2 Программы 3 раза в течение срока действия страхования по Договору страхования (Полису)
2.2.3. Услуги сервиса онлайн-консультаций, где сохраняются история обращений по Застрахованному лицу и письменные рекомендации врачей по результатам проведенных онлайн-консультаций в рамках Программы	В соответствии с п. 3.2.1 Программы
2.3. Комплекс лабораторных исследований, по письменной рекомендации врача (направлению), полученной по результатам онлайн-консультации в рамках Программы, в сети лабораторий по направлению Страховщика.	В соответствии с п. 3.1.2 Программы 1 раз в течение срока действия страхования по Договору страхования (Полису) С учетом Безусловной франшизы в размере 50% от стоимости оказанных медицинских услуг
2.4. Организация приема врача профильной специальности по рекомендации врача, полученной по результатам онлайн-консультации в рамках Программы (рекомендация фиксируется в личном кабинете).	В соответствии с п. 3.2.2 Программы. Организация приема включает помощь в подборе клиники, запись к врачу. Стоимость приема врача, других медицинских услуг и лекарственных препаратов оплачивается Застрахованным лицом самостоятельно и не возмещается Страховщиком

<p>2.5. Содействие в организации диагностических обследований и лечения по письменной рекомендации врача, полученной по результатам онлайн-консультации в рамках Программы.</p>	<p>В соответствии с п. 3.2.3 Программы. Содействие в организации диагностических обследований включает в себя поиск требуемой клиники, врача. Стоимость приема врача, других медицинских услуг и лекарственных препаратов оплачивается Застрахованным лицом самостоятельно и не возмещается Страховщиком</p>
---	--

### III. ОБЪЕМ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЙ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ

#### 3.1. Медицинские услуги

3.1.1. Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации, проводимые врачами-консультантами медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, а именно:

3.1.1.1. срочные онлайн-консультации дежурным врачом-без ограничений количества обращений и консультаций; -предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн-консультации.

3.1.1.2. плановые онлайн-консультации профильного врача-специалиста по предварительной записи не более 3 раз в течение срока действия страхования.

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

3.1.2. Комплекс лабораторных исследований, по письменной рекомендации врача (направлению), полученной по результатам онлайн-консультации в рамках Программы (однократно, как одно назначение). Страховщик оплачивает медицинские услуги согласно счетам медицинского учреждения, в полном объеме с последующим возмещением Застрахованным лицом (законным представителем Застрахованного лица) Страховщику той части оплаты медицинских услуг, которая соответствует безусловной франшизе по Договору страхования (Полису), в размере 50% от стоимости оказанных по настоящему пункту услуг.

#### 3.2. Иные услуги по организации медицинской помощи

3.2.1. Услуги сервиса онлайн-консультаций Застрахованного лица, где сохраняются история обращений по Застрахованному лицу и письменные рекомендации врачей по результатам проведенных онлайн-консультаций в рамках Программы.

3.2.2. Организация приема врача профильной специальности по рекомендации врача, полученной по результатам онлайн-консультации в рамках Программы (рекомендация фиксируется в личном кабинете). Организация приема включает помощь в подборе клиники, запись к врачу. Стоимость приема врача, других медицинских услуг и лекарственных препаратов оплачивается Застрахованным лицом самостоятельно и не возмещается Страховщиком.

3.2.3. Содействие в организации диагностических обследований и лечения по письменной рекомендации врача, полученной по результатам онлайн-консультации в рамках Программы. Содействие в организации диагностических обследований включает в себя поиск требуемой клиники, врача. Стоимость приема врача, других медицинских услуг и лекарственных препаратов оплачивается Застрахованным лицом самостоятельно и не возмещается Страховщиком.

### IV. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ

4.1. Плановые онлайн-консультации профильных врачей-специалистов по предварительной записи (свыше 3-х раз за срок действия страхования по Договору страхования (Полису)).

4.2. Лабораторные исследования, проведенные без письменной рекомендации врача (направления), полученной по результатам онлайн-консультации в рамках Программы, а также свыше одного раза за срок действия страхования по Договору страхования (Полису).

4.3. Любые медицинские и иные услуги, не предусмотренные настоящей Программой.

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

4.5. Оказание услуг, предусмотренных Программой, лицу, не являющемуся Застрахованным лицом.

### V. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ ПО ПРОГРАММЕ

5.1. Для получения услуг в рамках п.п.3.1.1.1 и 3.1.1.2 Программы (онлайн-консультации).

5.1.1. Застрахованному лицу необходимо загрузить и установить на свое мобильное устройство мобильное приложение сервиса онлайн-консультаций.

5.1.2. Мобильное приложение позволяет Застрахованному лицу связываться с врачом, получать устные и письменные консультации, прикреплять и хранить медицинские документы (результаты анализов, медицинские заключения, справки и т.д.)



5.1.3. При отсутствии подключения к сети Интернет консультация с врачом по телефону возможна по предварительной заявке через медицинский пульт АО «СОГАЗ» по телефону 8 800 250 29 06.

5.2. Порядок получения услуг в рамках п.3.1.2 Программы (лабораторные исследования):

5.2.1. Лабораторные исследования назначаются врачом в ходе телемедицинской консультации.

5.2.2. Для организации лабораторных исследований, предусмотренных п. 3.1.2 Программы, Застрахованному лицу необходимо:

- зарегистрироваться в личном кабинете на сайте АО «СОГАЗ» по адресу <https://lk.sogaz.ru> (далее – личный кабинет Застрахованного лица) и указать реквизиты банковской карты в системе интернет-эквайринга в целях организации списания денежных средств в размере предусмотренной Договором страхования (Полисом) безусловной франшизы;
- обратиться к Страховщику по телефону 8 800 250 29 06. Страховщик на основании заключения врача (по результатам телемедицинской консультации) и выбора Застрахованным лицом лаборатории, отправляет в выбранную клиентом лабораторию направление («Гарантийное Письмо»), которое действует в течение 14 дней с даты отправки;
- результаты лабораторных исследований при необходимости консультации врача загрузить в мобильное приложение сервиса онлайн-консультаций.

5.3. Для получения услуг по организации медицинской помощи, в соответствии с п.п. 3.2.2 и 3.2.3 Программы, Застрахованное лицо оставляет заявку на консультацию с контактами для обратной связи врачу во время онлайн-консультации.

## VI. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

6.1. Телемедицинские онлайн-консультации в рамках Программы осуществляются с использованием мобильного устройства Застрахованного лица, с установленным на нем приложением сервиса онлайн-консультаций (в дальнейшем – оборудование), которое должно соответствовать следующим техническим требованиям к установленной на нем операционной системе:

- iOS 8.0 или более поздняя версия;
- Android 4.1 или более поздняя версия.

6.2. Застрахованное лицо самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им оборудования. Страховщик организация, предоставляющая сервис онлайн-консультаций, не несет ответственности за невозможность получения Застрахованным услуги, возникшую из-за несоответствия оборудования Застрахованного указанным требованиям и/или его неисправности

6.3. Информация о Медицинских организациях и врачах, предоставляющих медицинские услуги (телемедицинские онлайн-консультации), их профессиональном образовании, квалификации и прочая информация размещена на сайте сервиса онлайн-консультаций.

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

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

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

6.6. Застрахованное лицо 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 онлайн-консультации.

6.7. Во время проведения телемедицинской консультации, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, врач информирует Застрахованного лица о специалистах, к которым следует обратиться для постановки/подтверждения/уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную медицинскую информацию.

6.8. Застрахованному лицу предоставляются телемедицинские консультации по всем медицинским вопросам, в объеме, предусмотренном Программой, за исключением:

- вопросов, по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Застрахованным лицом дистанционным способом;
- вопросов, для которых необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров, анализов и пр.) при ее отсутствии.

6.9. По результатам телемедицинской консультации врачом составляется письменная рекомендация (заключение) для Застрахованного лица, которая размещается и хранится в мобильном приложении.

6.10. Услуги в форме срочной онлайн-консультации дежурным врачом могут быть оказаны Застрахованному лицу круглосуточно.

- 6.11. Услуги в форме плановых онлайн-консультаций профильного врача-специалиста осуществляются по предварительной записи врачом в режиме работы Медицинской организации.
- 6.12. Услуги (телемедицинские онлайн-консультации) оказываются врачами – сотрудниками Медицинских организаций с соблюдением норм действующего законодательства и с учетом специфики оказания услуг дистанционным способом.
- 6.13. Взаимодействие по всем вопросам, связанным с организацией предоставления услуг, предусмотренных настоящей Программой, осуществляется с Застрахованным лицом или представителем несовершеннолетнего Застрахованного лица (в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации).

## **VII. ИСПОЛНЕНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ПО ОПЛАТЕ БЕЗУСЛОВНОЙ ФРАНШИЗЫ**

- 7.1. Страховщик посредством личного кабинета Застрахованного лица предоставляет Застрахованному лицу всю информацию по медицинским услугам, организованным и предоставленным Застрахованному лицу на основании Договора страхования (Полиса), в полном объеме.
- 7.2. Безусловная франшиза – часть стоимости медицинской услуги, которая вычитается из стоимости услуг, подлежащих оплате Страховщиком по Договору страхования (Полису).
- 7.3. Страховщик оплачивает медицинские услуги согласно счетам медицинского учреждения, в полном объеме с последующим возмещением Застрахованным лицом (законным представителем Застрахованного лица) Страховщику той части оплаты медицинских услуг, которая соответствует безусловной франшизе по Договору страхования (Полису).
- 7.4. Возмещение Страховщику стоимости оказанных Застрахованному лицу услуг в размере безусловной франшизы (50 % от стоимости оказанных медицинских услуг, предусмотренных п. 3.1.2 Программы (Приложение № 3 к Договору страхования (Полису))), осуществляется путем списания денежных средств со счета банковской карты, зарегистрированной Застрахованным лицом в системе интернет-эквайринга (далее – банковская карта).
- 7.5. По распоряжению Страховщика производится безакцептное/рекуррентное списание средств со счета банковской карты, указанной при регистрации личного кабинета 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 банковской карты и т.д.
- 7.6. В случае отсутствия достаточных средств для оплаты безусловной франшизы на счете банковской карты, Страховщик направляет через личный кабинет Застрахованного лица первичное уведомление об этом.
- 7.7. 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 оплаты безусловной франшизы размере или зарегистрировать дополнительную банковскую карту с достаточной суммой средств.
- 7.8. Если в течение 10 календарных дней после первичного уведомления, Застрахованным лицом не обеспечено наличие необходимых средств на счете банковской карты, Страховщик через личный кабинет Застрахованного лица направляет повторное уведомление. Застрахованное лицо обязуется обеспечить наличие необходимых средств в течение 5 календарных дней после направления Страховщиком повторного уведомления.
- 7.9. При неисполнении Застрахованным лицом обязательств по оплате части стоимости оказанных услуг в размере безусловной франшизы в течение 5 календарных дней с момента направления повторного уведомления Страховщик вправе обратиться в суд в целях взыскания указанной в уведомлении суммы.