

**1. Общие положения**

1.1. Настоящие Условия страхования (далее – Условия) являются неотъемлемой частью Договора страхования (Полиса) (далее – Полис), 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-dobovolnogo-meditsinskogo-strakhovaniya-grazhdan-ot-22.07.2019.pdf](https://www.sogaz.ru/upload/iblock/206/003_pravila-dobovolnogo-meditsinskogo-strakhovaniya-grazhdan-ot-22.07.2019.pdf).

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

1.3. Полис, в соответствии с положениями ст.435 ГК РФ заключен в форме Полиса-оферты, при этом оплата страховой премии Страхователем является подтверждением его акцепта, т.е. согласия с условиями оферты, и подтверждает заключение Полиса, согласно положениям п. 3 ст. 438 и п. 2 ст.940 ГК РФ.

**1.4. Термины и определения:**

1.4.1. **Дата заключения 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, являющееся гражданином Российской Федерации и заключившее со Страховщиком Полис в соответствии с настоящими Условиями и осуществившее оплату страховой премии по Полису.

1.4.3.1. Информация о Страхователе отражена в Полисе.

1.4.4. **Застрахованное лицо** – указанное в Полисе физическое лицо, не подпадающее под перечень лиц, указанных п.2.2 настоящих Условий, в пользу которого заключен Полис.

1.4.4.1. Порядок установления Застрахованного лица изложен в п. 2.2. настоящих Условий.

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. **Медицинская помощь** – первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь, оказываемая в рамках Полиса в соответствии с Программой добровольного медицинского страхования «Доктор Лайк» (далее – Программа, Приложение №2 к Полису).

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, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента. Полисом предусмотрено оказание медицинских услуг с применением телемедицинских технологий в форме 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. 3.3 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 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. 5.12-5.16 настоящих Условий. Продолжительность периода охлаждения - 14 календарных дней с даты заключения Полиса.

1.4.11. **Временная франшиза** – период времени равный 14 календарным дням с даты начала срока действия страхования, обусловленного Полисом, 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 Полису. Размер Безусловной франшизы указан в п. 10.1.2 Полиса. 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 Застрахованных лиц, связанные с оплатой организации и оказания им медицинских и иных услуг при наступлении страхового случая вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованных лиц, 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, в порядке и на условиях, указанных в Полисе и Программе.

2.2. При заключении Полиса на основании настоящих Условий на страхование не принимаются:

2.2.1. лица находящиеся в местах лишения свободы;

2.2.2. лица младше 1 года или старше 70 лет включительно на дату начала действия страхования, обусловленного Полисом. Полис, заключенный в отношении, Застрахованного лица которому исполнится 71 год в течение срока действия страхования по Полису, продолжает действовать до истечения срока его действия.

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 Полис, обладающее признаками вероятности и случайности.

3.2. Страховым случаем является:

3.2.1. Обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования по Полису для организации и оказания Застрахованному лицу медицинских услуг в форме телемедицинских онлайн-консультаций, предусмотренных п. 3.1 Программы, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих их оказания.

3.2.2. Обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования по Полису для оказания Застрахованному лицу медицинских услуг, предусмотренных п. 3.2 Программы, в медицинскую организацию из числа

указанных в списке медицинских организаций (ЛПУ) в Личном кабинете Застрахованного лица, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих их оказания.

3.2.3. Возникновение в течение срока действия страхования по Полису необходимости организации и оказания иных услуг, предусмотренных п. 3.3 Программы, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих их оказания.

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

#### **4. Страховая сумма и страховая премия. Срок действия Полиса. Срок действия страхования**

4.1. Страховая сумма и страховая премия указаны в Полисе. Полис вступает в силу с момента уплаты страховой премии и действует в течение 1 года с момента уплаты страховой премии;

Срок действия страхования, обусловленного Полисом, указан в разделе 9 Полиса.

4.2. 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.

4.3. Действие страхования по Полису в части оказания медицинских услуг, указанных в п. 3.2 Программы, для которых предусмотрена Безусловная франшиза, начинается с даты начала срока действия страхования, но не ранее чем спустя 24 часа с момента регистрации Застрахованным лицом (законным представителем несовершеннолетнего Застрахованного лица) банковской карты в Личном кабинете Застрахованного лица в мобильном приложении или на сайте АО «СО-ГАЗ» <https://lk.sogaz.ru> в порядке, предусмотренном разделом 4 Программы, и не ранее окончания периода временной франшизы.

4.4. Оказание услуг Застрахованному лицу по Полису в части оказания услуг, указанных в п. 3.2 Программы, для которых Полисом предусмотрена Безусловная франшиза, может быть прекращено в случае нарушения Застрахованным лицом (законным представителем несовершеннолетнего Застрахованного лица) обязательств по возмещению части стоимости оказанных медицинских услуг в размере предусмотренной Полисом Безусловной франшизы.

4.4.1. В случае отсутствия достаточных средств на счете банковской карты лица, банковская карта которого была зарегистрирована в Личном кабинете Застрахованного лица, в соответствии с п. 4.4 настоящих Условий, на момент безакцептного списания банком в счет возмещения Страховщику части стоимости оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг в размере предусмотренной Полисом Безусловной франшизы, Страховщик направляет Застрахованному лицу (законному представителю Застрахованного лица) через Личный кабинет Застрахованного лица первичное уведомление об отсутствии оплаты и отсутствии достаточности средств на счете банковской карты.

4.4.2. В течение 10 календарных дней со дня получения от Страховщика первичного уведомления Застрахованное лицо (законный представитель Застрахованного лица) обязано

обеспечить наличие на счете банковской карты, зарегистрированной в соответствии с п.4.4 настоящих Условий, денежных средств в необходимом размере для возмещения Страховщику части стоимости оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг в размере Безусловной франшизы, или зарегистрировать дополнительную банковскую карту с достаточной суммой денежных средств.

4.4.3. Если по истечении 10 календарных дней после направления Страховщиком первичного уведомления Застрахованному лицу (законному представителю Застрахованного лица) 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 Застрахованному лицу (законному представителю Застрахованного лица) повторное уведомление об отсутствии оплаты и отсутствии достаточных средств на счете банковской карты. Застрахованное лицо (законный представитель Застрахованного лица) обязано обеспечить наличие необходимых средств в течение 5 календарных дней с момента направления Страховщиком повторного уведомления.

4.4.4. При неисполнении Застрахованным лицом (законным представителем Застрахованного лица) обязательств по оплате предусмотренной Полисом части стоимости оказанных услуг в размере Безусловной франшизы по истечении 5 календарных дней с момента направления Страховщиком повторного уведомления, то начиная с 6-го календарного дня от даты направления повторного уведомления Застрахованному лицу (законному представителю Застрахованного лица) в Личном кабинете, прекращается организация и оказание медицинских услуг, предусмотренных п. 3.2 Программы (при оплате которых Полисом предусмотрена Безусловная франшиза), с направлением Застрахованному лицу (законному представителю Застрахованного лица) соответствующего уведомления.

4.4.5. Если срок действия Полиса не истек, то в случае погашения задолженности в срок, не превышающий 30 (тридцати) календарных дней с даты направления Страховщиком первичного уведомления Застрахованному лицу (законному представителю Застрахованного лица), действие страхования в части организации и оказания медицинских услуг, указанных в п. 3.2 Программы (по которым Полисом предусмотрена Безусловная франшиза), Застрахованному лицу возобновляется с 10 (десятого) календарного дня с даты погашения задолженности в полном объеме.

4.4.6. При неисполнении Застрахованным лицом (законным представителем Застрахованного лица) обязательств по возмещению Страховщику части стоимости оказанных медицинских услуг из числа предусмотренных п. 3.2 Программы в размере Безусловной франшизы, Страховщик вправе обратиться в суд в целях взыскания указанной в уведомлении суммы и суммы образовавшейся задолженности.

#### **5. Порядок заключения и прекращения Полиса**

5.1. Полис заключается в письменной форме путем вручения Страхователю Полиса, Правил, Памятки получателю страховых услуг, настоящих Условий и Программы.

5.2. При заключении 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 Полисе.

5.3. Если будет установлено, что Полис заключен в пользу Застрахованного лица, указанного в п. 2.2 настоящих Условий, Страховщик вправе потребовать признания Полиса недействительным, и применения последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 ГК РФ. В таком случае Страхователь имеет право на возврат уплаченной страховой премии в полном объеме.

5.4. Застрахованное лицо (законный представитель Застрахованного лица) после заключения Полиса осуществляет регистрацию в Личном кабинете в порядке, предусмотренном п. 4.1 Программы.

5.4.1. Застрахованное лицо (законный представитель Застрахованного лица) после регистрации в Личном кабинете с целью получения медицинских и иных услуг, предусмотренных п. 3.2 Программы в соответствии с порядком, предусмотренным п. 4.3 Программы, производит регистрацию банковской карты в Личном кабинете.

5.4.2. В процессе регистрации банковской карты в Личном кабинете Застрахованное лицо (законный представитель Застрахованного лица) подтверждает свое Согласие на исполнение обязательств по возмещению части стоимости оказанных ему медицинских услуг в размере Безусловной франшизы предусмотренной Полисом, печатная форма которого после завершения регистрации банковской карты направляется Застрахованному лицу (законному представителю Застрахованного лица).

5.5. При утрате Страхователем (Застрахованным лицом) страховых документов, указанных в п. 5.1 настоящих 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.

5.6. Все заявления и извещения, которые делают друг другу стороны Полиса, должны производиться в письменной форме способами, позволяющими объективно зафиксировать факт сообщения:

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

5.6.2. в адрес Страхователя:

5.6.2.1. СМС-уведомлением по контактному телефонному номеру Страхователя, сообщенному Страховщику (представителю Страховщика) при заключении Полиса;

5.6.2.2. по электронному адресу Страхователя, сообщенному при заключении Полиса - за исключением информации, указанной в п.п.4.4.1, 4.4.3, 5.6.2.3 настоящих Условий;

5.6.2.3. через Личный кабинет в мобильном приложении или на сайте АО «СОГАЗ» в сети Интернет по адресу <https://lk.sogaz.ru> – в части информации о медицинских услугах, организованных и представленных Застрахованному лицу по п. 3.2 Программы, стоимость которых Застрахованному лицу (законному представителю Застрахованного лица) требуется возместить Страховщику в размере Безусловной франшизы, предусмотренной Полисом.

5.7. Если Страховщик не был извещен об изменении контактного телефонного номера и/или адреса электронной почты Страхователя заблаговременно, то все сообщения, направленные по прежнему контактному телефонному номеру и/или адресу электронной почты, будут считаться полученными с даты направления Страховщиком по прежнему контактному телефонному номеру и/или адресу электронной почты.

5.8. Взаимодействие Страховщика и Застрахованного лица (законного представителя Застрахованного лица) в части направления информации о медицинских услугах, организованных и предоставленных Застрахованному лицу по п. 3.2 Программы, стоимость которых Застрахованному лицу (законному представителю Застрахованного лица) требуется возместить Страховщику в размере Безусловной франшизы, предусмотренной Полисом, осуществляется через Личный кабинет в мобильном приложении или 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.

5.9. Полис прекращает свое действие в случаях:

5.9.1. исполнения Страховщиком обязательств по Полису в полном объеме.

5.9.2. прекращения действия Полиса по решению суда;

5.9.3. в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

5.10. Полис может быть расторгнут досрочно по соглашению сторон.

5.11. Страхователь имеет право отказаться от Полиса в любое время.

5.12. При отказе Страхователя от Полиса в течение 14 (четырнадцати) 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.

5.13. Для отказа от Полиса с условием возврата страховой премии или ее части в соответствии с п. 5.12 настоящих Условий, Страхователю необходимо в течение Периода охлаждения предоставить Страховщику заявление об отказе от Полиса, собственноручно подписанное Страхователем, документ, удостоверяющий личность Страхователя (при обращении в офис), и копию документа, удостоверяющего личность Страхователя (при направлении указанного пакета документов Страховщику средствами почтовой связи).

5.14. Документация, предусмотренная п. 5.13 настоящих Условий, может быть предоставлена Страхователем путем ее 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 её отправки через организацию почтовой связи Страховщику.

5.15. Полис прекращает свое действие:

5.15.1. с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Полиса и документации, предусмотренной п. 5.13 настоящих Условий, поданной непосредственно в офис Страховщика;

5.15.2. с даты передачи Страхователем письменного заявления об отказе от Полиса и документации, предусмотренной п. 5.13 настоящих Условий, в организацию почтовой связи для доставки в адрес Страховщика.

5.16. Возврат Страховщиком страховой премии осуществляется не позднее 10 (десяти) рабочих дней с даты поступления Страховщику соответствующего письменного заявления Страхователя об отказе от Полиса.

5.17. При отказе Страхователя от Полиса по истечении установленного Указанием № 3854-У срока Периода охлаждения уплаченная страховая премия в соответствии со ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации не подлежит возврату.

5.18. 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.

5.19. Для отказа от Полиса в соответствии с п.5.17 настоящих Условий Страхователю необходимо предоставить Страховщику заявление об отказе от Полиса, собственноручно подписанное Страхователем, документ, удостоверяющий личность Страхователя (при обращении в офис Страховщика), и копию документа, удостоверяющего личность Страхователя (при направлении указанного пакета документов Страховщику средствами почтовой связи).

5.20. Страхование, обусловленное Полисом, заключенным на основании настоящих Условий, прекращается с даты истечения срока действия Полиса.

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

6.1. Для организации и получения медицинской помощи, предусмотренной Программой, Застрахованное лицо (законный представитель Застрахованного лица) может обратиться в медицинскую организацию или к Страховщику, в порядке, определенном Программой.

6.2. Страховщик с согласия Застрахованных лиц (законного представителя 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 Полиса, оплатой оказанных Застрахованному лицу услуг, защитой прав Застрахованного лица.

6.3. Страховая выплата за оказанные Застрахованному лицу медицинские услуги по Полису производится в медицинскую организацию в порядке, в сроки и по расценкам, предусмотренным договором, заключенным между Страховщиком и медицинской или иной организацией.

6.4. Страховщик оплачивает медицинские услуги из числа предусмотренных п. 3.2 Программы, согласно счетам медицинского учреждения, в полном объеме с последующим возмещением Застрахованным лицом (законным представителем Застрахованного лица) Страховщику той части оплаты медицинских услуг, которая соответствует размеру Безусловной франшизы по Полису.

6.5. Страховщик не производит возмещение фактических расходов Застрахованного лица (законного представителя Застрахованного лица) на самостоятельную оплату им медицинских услуг, предусмотренных Программой.

## **7. Обязанности сторон**

7.1. Страховщик обязан:

- организовать и оплатить оказанные Застрахованным лицам медицинские услуги, предусмотренные 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 медицинских услуг и (или) их оплаты в соответствии с условиями Полиса;
- отказаться от Полиса в любое время, письменно уведомив об этом Страховщика.

7.4. Страхователь обязан:

- предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию, касающуюся Застрахованного лица;
- оплатить страховую премию в порядке и размере, предусмотренном Полисом;

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

- соблюдать порядок оказания медицинских услуг, предусмотренных Программой;
- своевременно и в полном объеме исполнить обязательство по возмещению Страховщику той части оплаты медицинских услуг, которая соответствует размеру Безусловной франшизы по Полису;
- не передавать Полис другим лицам с целью получения ими медицинских услуг, предусмотренных Полисом.

7.6. В период действия Полиса Застрахованные лица (законные представители Застрахованных лиц) вправе обратиться к Страховщику за информацией, необходимой для реализации своих прав по Полису.

## **8. Порядок разрешения споров**

8.1. Споры, возникающие по Полису, разрешаются в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

8.2. В случае если спор относится к категории споров, для которой законодательством Российской Федерации предусмотрено обязательное досудебное урегулирование уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг (финансовым уполномоченным), то он разрешается в порядке и в сроки, установленные законодательством о финансовом уполномоченном.