

Приложение № 1 к Договору страхования (Полису) «Доктор Лайк»– Условия страхования в редакции от 01.12.2022 г.

1. Общие положения

1.1. Настоящие Условия страхования (далее – Условия) являются неотъемлемой частью Договора страхования (Полиса) (далее – Полис) и подготовлены на основании Правил добровольного медицинского страхования граждан в редакции от 22.07.2019 (далее – Правила). Правила размещены на сайте Страховщика по адресу: https://www.sogaz.ru/upload/iblock/f12/003_pravila-dobrovolnogo-meditsinskogo-strakhovaniya-grazhdan-ot-22.07.2019_tarify-ot-30.06.2020.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 в части, не противоречащей действующему законодательству.

1.3. Договор страхования заключен путем акцепта Страхователем Полиса, подписанного Страховщиком. В соответствии со ст. 438 Гражданского кодекса РФ акцептом Полиса является уплата страхового взноса за первый Период страхования Страхователем.

1.4. Термины и определения:

1.4.1. **Дата заключения Полиса** – дата уплаты Страхователем Страховщику страхового взноса за первый Период страхования;

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 (страхового взноса) 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 отношении 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» в редакции от 01.12.2022 (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 первого страхового взноса за первый Период страхования, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик возвращает Страхователю уплаченный первый страховой взнос за первый Период страхования, в случаях и в порядке, предусмотренных п.п. 5.10-5.14 настоящих Условий. Продолжительность периода охлаждения - 14 календарных дней с даты заключения Полиса. Если последний день периода охлаждения

приходится на нерабочий день, он переносится на первый рабочий день.

1.4.11. **Временная франшиза** – период времени равный 14 календарным дням с даты начала срока действия Первого оплаченного периода страхования, в течение которого обращение Застрахованного лица в медицинскую или иную организацию для получения медицинских и иных услуг не является страховым случаем (не применяется при заключении Полиса на второй и следующие год страхования).

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.

1.4.13. **Временной слот** – интервал времени, доступный для записи Застрахованному лицу к выбранному врачу для проведения дистанционной (телемедицинской) онлайн-консультации.

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 18 лет или старше 70 лет включительно на дату начала действия Первого периода 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. Лица, изъявившим желание заключить Полис в отношении лица, указанного в п. 2.2 настоящих Условий, могут быть предложены альтернативные условия страхования после обращения к Страховщику с учетом предусмотренного ст. 945 Гражданского кодекса РФ права на оценку страхового риска.

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 оплаченный период страхования в течение срока действия страхования по Полису в медицинскую организацию из числа указанных в списке медицинских организаций в Личном кабинете Застрахованного лица, 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 оплаченный период страхования 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 оплаченный период страхования 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, страховая премия и страховые взносы.

Срок действия Полиса. Срок действия страхования

4.1. Страховая сумма, страховая премия и страховые взносы указаны в Полисе.

Полис вступает в силу с момента уплаты страхового взноса за первый Период страхования и действует в течение 1 (одного) года, состоящего из 12 (двенадцати) Периодов страхования ;

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

4.2. Обязательство Страхователя по уплате страхового взноса считается исполненным:

- при уплате страхового взноса в безналичном порядке - с момента подтверждения исполнения перевода всей суммы страхового взноса обслуживающей Страхователя кредитной организацией;
- при уплате наличными деньгами - с момента внесения всей суммы страхового взноса в кассу Страховщика или его уполномоченного представителя;
- при уплате страхового взноса 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 «СОГАЗ» <https://lk.sogaz.ru> в порядке, предусмотренном разделом 4 Программы, и не ранее окончания периода временной франшизы (для Первого периода страхования).

4.4. Оказание услуг Застрахованному лицу по Полису в части услуг, указанных в п. 3.2 Программы, для которых предусмотрена Безусловная франшиза, может быть прекращено в случае нарушения Застрахованным лицом (законным представителем 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. 4.3 настоящих Условий, на момент безакцептного списания в счет возмещения Страховщику части стоимости оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг, предусмотренных п. 3.2 Программы, 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.4.3 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 в течение 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 возмещению Страховщику предусмотренной Полисом части стоимости оказанных Застрахованному лицу услуг в размере Безусловной франшизы в течение 5 календарных дней с момента направления Страховщиком повторного уведомления, то, начиная с 6-го календарного дня с 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 в связи с неисполнением обязательств по возмещению Безусловной франшизы.

4.4.5. Если срок действия Полиса не истек, то в случае погашения Застрахованным лицом (законным представителем Застрахованного лица) 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. Договор страхования заключается в письменной форме путем акцепта Страхователем Полиса, подписанного Страховщиком, включая Правила, Памятку получателю страховых услуг, настоящие Условий и Программу. Акцептом Полиса в соответствии со ст. 438 Гражданского кодекса РФ является уплата Страхователем страхового взноса за первый Период страхования в размере и срок, установленные Полисом.

5.2. Если будет установлено, что Полис заключен в пользу Застрахованного лица, указанного в п. 2.2 настоящих Условий, Страховщик вправе потребовать признание Полиса недействительным, и применения последствий, предусмотренные п. 2 ст. 179 ГК РФ. В таком случае Страхователь имеет право на возврат уплаченных страховых взносов в полном объеме.

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

5.4. При утрате Страхователем (Застрахованным лицом, законным представителем Застрахованного лица) 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.

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

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

5.5.2. в адрес Страхователя:

— СМС-уведомлением по контактному телефонному номеру Страхователя, указанному в п. 2 Полиса, за исключением случая. Священного с прекращением Полиса;

— по адресу электронной почты Страхователя, указанному в п. 2 Полиса.

5.6. 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.

5.7. Полис прекращает свое действие в случаях:

5.7.1. исполнения Страховщиком обязательств по Полису в полном объеме.

5.7.2. прекращения действия Полиса по решению суда;

5.7.3. в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

5.8. Полис может быть расторгнут досрочно по соглашению сторон.

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

5.10. 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, уплаченный страховой взнос за первый

Период страхования подлежит возврату Страховщиком в полном объеме.

5.11. Для отказа от Полиса с условием возврата уплаченного страхового взноса за Первый период страхования в соответствии с п. 5.10 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).

5.12. Документация, предусмотренная п. 5.11 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 по адресу: 153002 г. Иваново, ул. Жиделева д. 1, А50-А60 Единый административный центр АО «СОГАЗ».

5.13. Полис прекращает свое действие с даты начала Первого периода страхования.

5.14. Возврат Страховщиком уплаченного страхового взноса за Первый период страхования осуществляется не позднее 10 (десяти) рабочих дней с даты поступления Страховщику соответствующего письменного заявления Страхователя об отказе от Полиса наличными денежными средствами или в порядке безналичных расчетов.

5.15. При отказе Страхователя от Полиса по истечении установленного Указанием № 3854-У срока Периода охлаждения уплаченные страховые взносы в соответствии со ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации не подлежат возврату.

5.16. 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 уплаченных страховых взносов пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

5.17. Для отказа от Полиса в соответствии с п.5.15 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).

5.18. Страхование, обусловленное Полисом, заключенным на основании настоящих Условий, прекращается с даты указанной в п. 9.2 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 и иные услуги по Полису производится в медицинскую и иную 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 и иных услуг, предусмотренных Программой.

7. Обязанности сторон

7.1. В период действия Полиса Страховщик обязан:

- организовать и оплатить оказанные Застрахованным лицам медицинские и иные 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 и иных 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;
- оплачивать страховые взносы в порядке и размере, предусмотренном Полисом;

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

- соблюдать порядок получения 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.