

**(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

Размер страховой суммы	50 000 рублей
Организация и предоставление сервиса дистанционных (телемедицинских) онлайн-консультаций:	В соответствии с п.п. 3.1.1.1-3.1.1.2 Программы
Срочные онлайн-консультации дежурным врачом	В соответствии с п. 3.1.1.1 Программы Без ограничений 7 раз в течение срока действия страхования по Договору страхования (Полису)
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)
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
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) в ограниченном объеме (ОАК с лейкоцитарной формулой + СОЭ, ОАМ и биохимический анализ крови (глюкоза, ЛПВП, ЛПНП, общий холестерин)). С учетом безусловной франшизы в размере 50% от стоимости оказанных медицинских услуг
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
Содействие в организации диагностических обследований и лечения по письменной рекомендации врача, полученной по результатам онлайн-консультации в рамках Программы.	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

### 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 - не более 7 раз в течение в течение срока действия страхования по Договору страхования (Полису);

– 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) в объеме общий анализ крови (ОАК с лейкоцитарной формулой + СОЭ), общий анализ мочи (ОАМ) и биохимический анализ крови (глюкоза, ЛПВП, ЛПНП, общий холестерин). 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. Срочные онлайн-консультации дежурным врачом (свыше 7 раз за период действия страхования по Договору страхования (Полису))

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

4.3. Комплекс лабораторных исследований, проведенные без письменной рекомендации врача (направления), полученной по результатам онлайн-консультации в рамках Программы, а также свыше одного раза за период действия страхования по Договору страхования (Полису).

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

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

4.6. 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 8 800 333 08 88.

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 8 800 333 08 88. 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.

