

## Программы добровольного медицинского страхования

Программа  
добровольного медицинского страхования «1» ..... 2

Программа  
добровольного медицинского страхования «2» ..... 7

Программа  
добровольного медицинского страхования «3» ..... 13

Программа  
добровольного медицинского страхования «4» ..... 18

## Программа добровольного медицинского страхования «1»

(в редакции от 08.12.2021)

Программа добровольного медицинского страхования «1» в редакции от 08.12.2021 (далее – Программа) составлена в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования граждан АО «СОГАЗ» в редакции от 22 июля 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](https://www.sogaz.ru/upload/iblock/f12/003_pravila-dobrovolnogo-meditsinskogo-strakhovaniya-grazhdan-ot-22.07.2019_tarify-ot-30.06.2020.pdf).

### 1. Общие положения

1.1. В случае если положения Договора страхования (Полиса) (далее – Договор) и настоящей Программы отличаются от положений Правил, применяются положения, изложенные в Договоре и/или в настоящей Программе.

#### 1.2. Термины и определения:

1.2.1. 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.

1.2.2. Иные организации – имеющие договорные отношения со Страховщиком организации, которые по поручению Страховщика обеспечивают организацию Застрахованным лицам иных услуг, предусмотренных Договором.

1.2.3. Медицинская помощь – первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь, оказываемая в рамках Договора в соответствии с Программой.

1.2.4. 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. Договором предусмотрено оказание медицинских услуг с применением телемедицинских технологий в форме дистанционных (телемедицинских) онлайн-консультаций в порядке, предусмотренном Программой.

1.2.5. 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.

1.2.6. 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 от Договора в течение периода охлаждения, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в порядке, предусмотренном п. 7.7 настоящей Программы. Продолжительность периода охлаждения – 14 (четырнадцать) календарных дней с даты заключения Договора.

1.2.7. Временная франшиза – период времени, равный 14 календарным дням с даты начала срока страхования, указанного в п. 10.3 Договора, в течение которого обращение

Застрахованного лица в медицинскую организацию для получения медицинских услуг, предусмотренных п. 2.2 настоящей Программы, не является страховым случаем.

1.2.8. Безусловная франшиза – невозмещаемая Страховщиком часть стоимости услуг, предусмотренных п. 2.2.1 Программы, в размере 50% от стоимости оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг. Порядок исполнения обязательств Сторон в части, касающейся безусловной франшизы, отражен в разделе 6 настоящей Программы.

1.3. 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, в порядке и на условиях, указанных в Договоре и Программе.

1.4. По условиям настоящей Программы и Договора на страхование не принимаются лица:

1.4.1. младше 18 лет или старше 61 года на дату начала действия страхования по Договору. Договор, заключенный в отношении Застрахованного лица, которому в течение срока действия Договора исполнится 61 год, продолжает действовать до истечения срока его действия;

1.4.2. находящиеся в местах лишения свободы.

1.5. Лицам, изъявляющим желание заключить Договор в отношении лица, не соответствующего требованиям п. 1.4 Программы, могут быть предложены индивидуальные условия страхования, включая страховую премию, после обращения в офис к Страховщику и заполнения заявления на страхование с учетом предусмотренного ст. 945 Гражданского кодекса Российской Федерации права Страховщика на оценку страхового риска.

1.6. Страховым случаем является:

1.6.1. Обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования по Договору в медицинскую организацию из числа согласованных Страховщиком для организации и оказания Застрахованному лицу дистанционных (телемедицинских) онлайн-консультаций, предусмотренных п. 2.1 Программы, по поводу расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих их оказания;

1.6.2. Обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования по Договору (кроме периода временной франшизы согласно п. 1.2.7 настоящей Программы) в медицинскую организацию из числа согласованных Страховщиком для организации и оказания Застрахованному лицу медицинских услуг, предусмотренных п. 2.2 Программы, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих их оказания, а также для проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их;

1.6.3. Возникновение в течение срока действия страхования по Договору необходимости организации и оказания иных услуг, предусмотренных п. 2.3 Программы, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих их оказания.

1.7. 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 организациях.

1.8. Медицинские и иные услуги:

1.8.1. оказываются Застрахованному лицу при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Правилами, Договором и настоящей Программой;

1.8.2. медицинские услуги, предусмотренные п. 2.2 Программы, оказываются Застрахованному лицу только по направлению врача, полученному по результатам телемедицинской онлайн-консультации в рамках настоящей Программы;

1.8.3. медицинские услуги, предусмотренные п. 2.2 Программы, оказываются Застрахованному лицу после диагностирования у него в течение срока страхования заболевания коронавирусной инфекцией (COVID-19) в любой форме.

1.9. Территория оказания услуг:

1.9.1. Медицинские услуги, предусмотренные п. 2.1 Программы, оказываются Застрахованному лицу, находящемуся на территории Российской Федерации и/или за рубежом, медицинскими организациями, находящимися на территории Российской Федерации;

1.9.2. Медицинские услуги, предусмотренные п. 2.2 Программы, оказываются Застрахованному лицу, находящемуся на территории Российской Федерации, медицинскими организациями, находящимися на территории Российской Федерации;

1.9.3. Иные услуги, предусмотренные п. 2.3 Программы, оказываются Застрахованному лицу, находящемуся на территории Российской Федерации иными организациями, находящимися на территории Российской Федерации.

1.10. Страховая выплата за оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги по Договору производится в медицинскую организацию или иную организацию в порядке, в сроки и по расценкам, предусмотренным договором, заключенным между Страховщиком и медицинской или иной организацией. Страховщик не производит возмещение фактических расходов Застрахованного лица на самостоятельную оплату им медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой.

1.11. Все заявления и извещения, которые делают друг другу стороны Договора, должны производиться способом в соответствии с п. 12.3 Договора.

1.11.1. Гражданско-правовые последствия, связанные с направлением Страховщиком в адрес Страхователя заявлений и извещений в соответствии с п. 12.3 Договора (далее – Письма), считаются наступившими для Страхователя с момента, указанного в тексте Письма, а если данный момент не указан – с момента доставки Письма Страховщика в адрес Страхователя.

1.11.2. При направлении Писем Страхователю по адресу электронной почты, указанному в разделе 2 Договора, Письма направляются Страховщиком с адреса электронной почты Страховщика (работника Страховщика), имеющего формат: имя@sogaz.ru, с уведомлением о доставке и считаются доставленными/полученными Страхователем с даты получения Страховщиком отчета о доставке электронного сообщения, либо, при отсутствии отчета о доставке электронного сообщения, – в рабочий день, следующий за датой направления Письма по адресу электронной почты.

1.11.3. При направлении Писем Страхователю в виде смс-сообщения или сообщения через мессенджер по телефону, указанному в разделе 2 Договора, Письма могут считаться доставленными/полученными Страхователем по истечении 24 часов с момента отправки Страховщиком смс-сообщения или сообщения через мессенджер по телефону.

1.11.4. При направлении Писем Страхователю через Личный кабинет на сайте Страховщика или в мобильном приложении «СОГАЗ-здоровье и страхование» указанные Письма считаются доставленными/полученными Страхователем с момента размещения указанных Писем в Личном кабинете.

1.11.5. В случае изменения адреса электронной почты, номера телефона (далее – контактные данные) Страхователя

он обязан в течение 5 (пяти) рабочих дней письменно известить об этом Страховщика. Если Страховщик не был извещен об изменении контактных данных заблаговременно, то риск неполучения направленных Страховщиком Писем несет Страхователь.

1.11.6. Информация об адресе электронной почты, номере телефона, представленная Страхователем при оформлении Договора, считается актуальной до момента получения Страховщиком информации об их изменении. При наличии нескольких отличающихся контактных данных Страхователя, по которым от Страхователя не поступало сообщение об их неактуальности, выбор контактных данных для отправки Писем осуществляет Страховщик.

## **2. Объем услуг, предоставляемый в рамках программы**

2.1. **Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации** (далее – телемедицинские онлайн-консультации), проводимые врачами-консультантами медицинских организаций, а именно:

2.1.1. плановые телемедицинские онлайн-консультации профильного врача-специалиста по предварительной записи по вопросам, связанным с вакцинацией от коронавирусной инфекции COVID-19 (в том числе консультации по вопросам о подготовке, показаниях и противопоказаниях к вакцинации, составе вакцин, возможных реакциях организма на введение вакцины, возможных осложнениях после вакцинации и т.д.) с предоставлением письменного заключения с рекомендациями по результатам телемедицинской онлайн-консультации – без ограничений количества консультаций в течение срока действия страхования по Договору;

2.1.2. срочные телемедицинские онлайн-консультации дежурным врачом без предварительной записи (в том числе консультации по вопросам, связанным с коронавирусной инфекцией COVID-19) с предоставлением письменного заключения с рекомендациями по результатам телемедицинской онлайн-консультации – без ограничений количества консультаций в течение срока действия страхования по Договору;

2.1.3. плановые телемедицинские онлайн-консультации профильного врача-специалиста по предварительной записи с предоставлением письменного заключения с рекомендациями по результатам телемедицинской онлайн-консультации – без ограничений количества консультаций в течение срока действия страхования по Договору.

2.2. **Амбулаторно-поликлиническое обслуживание** Застрахованного лица по направлению врача, полученному по результатам телемедицинской онлайн-консультации в рамках настоящей Программы, в медицинских организациях и включающее в себя:

2.2.1. **Лабораторные исследования** (проводятся в сети лабораторий по направлению Страховщика, выданному на основании письменной рекомендации врача по результатам телемедицинской онлайн-консультации, с учетом безусловной франшизы в размере 50% от стоимости исследования, и с учетом п. 1.8.3 настоящей Программы):

2.2.1.1. Комплекс лабораторных исследований – однократно;

2.2.1.2. Исследование на антитела к коронавирусной инфекции COVID-19 (иммуноглобулин IgG) – однократно.

2.3. **Иные услуги:**

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

## **3. Исключения по программе**

3.1. **Заболевания/состояния, обращение по поводу которых не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком:**

3.1.1. ВИЧ-инфекция, СПИД, их осложнения;

3.1.2. Психические расстройства и их осложнения, органические психические расстройства (включая симптоматические), алкоголизм, наркомания, токсикомания;

3.1.3. Туберкулез, муковисцидоз независимо от клинической формы и стадии процесса.

### **3.2. Не являются страховым случаем и не оплачиваются Страховщиком обращения Застрахованного лица в медицинскую организацию с целью получения:**

3.2.1. Услуг, оказанных без направления врача, полученного по результатам телемедицинской онлайн-консультации в рамках настоящей Программы;

3.2.2. Любых медицинских услуг, не предусмотренных настоящей Программой;

3.2.3. Услуг, предусмотренных п. 2.2 настоящей Программы, оказанных в связи с заболеванием, не предусмотренным п. 1.8.3 настоящей Программой;

3.2.4. Услуг, предусмотренных п. 2.2 настоящей Программы, связанных с лечением заболевания, предусмотренного п. 1.8.3 настоящей Программы, диагностированного до начала срока действия Договора;

3.2.5. Услуг, оказанных после окончания срока страхования по Договору;

3.2.6. Услуг, предусмотренных п. 2.2 настоящей Программы, оказанных в период действия временной франшизы;

3.2.7. Услуг скорой и неотложной помощи, любых видов стационарной, стоматологической помощи, иммунопрофилактики, помощи на дому;

3.2.8. Услуг по забору анализов на дому;

3.2.9. Услуг по оформлению медицинской документации: экспертиза временной нетрудоспособности с оформлением листов нетрудоспособности и справок формы 095/у, выписка из медицинской карты по форме 027/у, оформление рецептов, посылный лист на МСЭ, заключение предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования) по форме 003-ПУ, справка на профессиональную пригодность (форма 086/у), санаторно-курортная карта (форма 072/у), справка в бассейн, фитнес-центр, спортивные секции, справка в ГИБДД (форма 083/у), справка для выезжающих за границу (форма 082/у), справка для получения путевки (форма 070/у), справка на госслужбу по форме 001-ГС/у, справка на оружие (форма 046-1);

3.2.10. Услуг, связанных с выдачей оригиналов и копий амбулаторных карт, оформлением выписок из них за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

3.2.11. Иных услуг в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

## **4. Порядок предоставления услуг**

4.1. Для получения телемедицинских онлайн-консультаций, предусмотренных п. 2.1 настоящей Программы:

4.1.1. Застрахованному лицу необходимо зарегистрироваться и идентифицироваться в Личном кабинете мобильного приложения «СОГАЗ – здоровье и страхование» (далее – мобильное приложение), предварительно загрузив и установив его на свое мобильное устройство.

4.1.2. Вход в Личный кабинет мобильного приложения осуществляется авторизованным Застрахованным лицом на основании персональных идентификационных данных, указываемых при регистрации и последующих входах в Личный кабинет мобильного приложения.

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

4.2. Для получения медицинских услуг, предусмотренных п. 2.2.1 настоящей Программы, Застрахованному лицу необходимо:

4.2.1. Зарегистрировать в Личном кабинете мобильного приложения банковскую карту, указав ее реквизиты в системе интернет-эквайринга, в целях организации списания денежных средств в размере предусмотренной п. 11.3 Договора Безусловной франшизы и предоставить согласие Застрахованного лица на исполнение обязательств в рамках Программы путем акцепта в Личном кабинете Застрахованного лица <https://lk.sogaz.ru>.

4.2.2. Не ранее чем через 24 часа с момента регистрации банковской карты в Личном кабинете мобильного приложения, в соответствии с п. 4.2.1 настоящей Программы, у Застрахованного лица появится возможность произвести запись или

обратиться в медицинскую организацию, согласованную во время проведения телемедицинской онлайн-консультации, для получения медицинских услуг, предусмотренных п. 2.2.1 Программы, в амбулаторно-поликлинических условиях.

4.3. Для записи в медицинскую организацию и получения медицинских услуг, предусмотренных п. 2.2 настоящей Программы, на основании письменной рекомендации врача, полученной по результатам телемедицинской онлайн-консультации в рамках настоящей Программы, Застрахованному лицу необходимо обратиться к Страховщику через круглосуточный федеральный медицинский контактный центр АО «СОГАЗ» по телефону 8-800-250-29-06;

4.3.1. При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо должно предъявить документ, удостоверяющий личность.

4.3.2. Медицинские услуги оказываются Застрахованному лицу в режиме работы медицинской организации, в соответствии с ранее произведенной записью на прием или услугу.

## **5. Условия предоставления услуг телемедицинских онлайн-консультаций**

5.1. Телемедицинские онлайн-консультации в рамках настоящей Программы осуществляются с использованием мобильного устройства Застрахованного лица, с установленным на нем мобильным приложением (в дальнейшем – оборудование), соответствующего следующим техническим требованиям к установленной на нем операционной системе:

– iOS 8.0 или более поздняя версия;

– Android 4.1 или более поздняя версия.

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

5.3. Информация о медицинских организациях и врачах, предоставляющих медицинские услуги с использованием телемедицинских технологий, их профессиональном образовании, квалификации размещена в мобильном приложении.

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

5.4.1. с использованием видеосвязи;

5.4.2. с использованием аудиосвязи;

5.4.3. путем обмена сообщениями и файлами.

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

5.6. 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-консультаций через Личный кабинет Застрахованного лица.

5.7. Во время проведения телемедицинской онлайн-консультации, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, врач информирует Застрахованное лицо 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.

5.8. Застрахованному лицу предоставляются телемедицинские онлайн-консультации по всем медицинским вопросам, непосредственно связанным с личностью Застрахованного лица, за исключением:

5.8.1. вопросов, по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Застрахованным лицом дистанционным способом;

5.8.2. вопросов, для которых необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров, анализов и пр.) при ее отсутствии.

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

5.10. Услуги в форме срочной телемедицинской консультации дежурным врачом могут оказываться Застрахованному лицу круглосуточно.

5.11. Услуги в форме плановых телемедицинских онлайн-консультаций Застрахованного лица профильным врачом-специалистом осуществляются врачом в режиме работы медицинской организации по предварительной записи. При этом если Застрахованное лицо произвело запись на плановую консультацию, но не воспользовалось ею и заранее (не менее чем за 12 часов до консультации) не отменило ее, то плановая консультация и услуга считается оказанной.

5.12. Услуги в форме телемедицинских онлайн-консультаций оказываются врачами, сотрудниками медицинских организаций с соблюдением норм действующего законодательства и с учетом специфики оказания услуг дистанционным способом.

## **6. Исполнение обязательства по оплате безусловной франшизы по амбулаторно-поликлинической помощи**

6.1. Страховщик посредством Личного кабинета Застрахованного лица предоставляет информацию о медицинских услугах, организованных и предоставленных Застрахованному лицу, предусмотренных п. 2.2.1 Программы, стоимость которых Застрахованному лицу требуется возместить Страховщику в размере Безусловной франшизы, предусмотренной п. 11.3 Договора.

6.2. Страховщик оплачивает медицинские услуги из числа предусмотренных п. 2.2.1 Программы, согласно счетам медицинского учреждения, в полном объеме с последующим возмещением Застрахованным лицом Страховщику той части оплаты медицинских услуг, которая соответствует размеру Безусловной франшизы по Договору.

6.3. По распоряжению Страховщика производится безакцептное списание средств со счета банковской карты, зарегистрированной в Личном кабинете Застрахованного лица, в размере Безусловной франшизы. В случае регистрации нескольких банковских карт списание производится с первой зарегистрированной банковской 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.

6.4. В случае отсутствия достаточных средств на счете банковской карты для возмещения Страховщику части стоимости оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг в размере Безусловной франшизы, Страховщик направляет через Личный кабинет Застрахованного лица первичное уведомление об этом.

6.5. В течение 10 календарных дней со дня получения от Страховщика первичного уведомления Застрахованное лицо обязано обеспечить наличие на счете банковской карты денежных средств, необходимых для возмещения Страховщику части стоимости оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг в размере Безусловной франшизы, или зарегистрировать дополнительную банковскую карту с достаточной суммой средств.

6.6. Если в течение 10 календарных дней после направления Страховщиком первичного уведомления, Застрахованным лицом не обеспечено наличие необходимых средств на счете банковской карты (первично зарегистрированной или дополнительной), Страховщик через Личный кабинет Застрахованного лица направляет повторное уведомление. Застрахованное лицо обязано обеспечить наличие необходимых средств в течение 5 календарных дней после направления Страховщиком повторного уведомления.

6.7. При неисполнении Застрахованным лицом обязательств по возмещению Страховщику части стоимости оказанных Застрахованному лицу услуг в размере Безусловной франшизы в течение 5 календарных дней с момента направления повторного уведомления, с 6-го календарного дня с даты направления повторного уведомления Застрахованному лицу, оказание медицинских услуг Застрахованному лицу, предусмотренных п. 2.2.1 настоящей Программы (при оплате которых

предусмотрена Безусловная франшиза), прекращается в связи с неисполнением обязательств по возмещению Безусловной франшизы с направлением соответствующего уведомления Застрахованному лицу.

6.8. Если срок действия Договора не истек, то в случае погашения Застрахованным лицом задолженности в срок, не превышающий 30 календарных дней с даты направления первичного уведомления Застрахованному лицу, страхование в части организации и оказания медицинских услуг, указанных в п. 2.2.1 Программы (по которым Договором предусмотрена Безусловная франшиза), возобновляется с 10-го календарного дня с даты погашения задолженности в полном объеме.

6.9. При неисполнении Застрахованным лицом обязательств по возмещению Страховщику части стоимости оказанных медицинских услуг из числа предусмотренных п. 2.2.1 Программы в размере Безусловной франшизы, Страховщик вправе обратиться в суд в целях взыскания указанной в уведомлении суммы и суммы образовавшейся задолженности.

## **7. Порядок заключения и прекращения договора страхования**

7.1. Договор заключается в письменной форме путем акцепта Страхователем Договора, подписанного Страховщиком, включая Памятку получателю страховых услуг и настоящую Программу. Акцептом Договора в соответствии со ст. 438 Гражданского кодекса Российской Федерации является уплата Страхователем страховой премии в размере и срок, установленные Договором.

7.2. Если будет установлено, что Договор заключен в пользу Застрахованного лица, указанного в п. 1.4 настоящей Программы, Страховщик вправе потребовать признание Договора недействительным, и применения последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 Гражданского кодекса Российской Федерации. В данном случае Страхователь имеет право на возврат страховой премии в полном объеме.

7.3. При утрате Страхователем (Застрахованным лицом) страховых документов, указанных в п. 7.1 настоящей Программы, Страхователь (Застрахованное лицо) должен в письменной форме обратиться к Страховщику для получения дубликата, после чего утраченный экземпляр считается не имеющим юридической силы с момента подачи заявления Страхователя (Застрахованного лица).

7.4. Договор прекращает свое действие в случаях:

7.4.1. исполнения Страховщиком обязательств по Договору в полном объеме;

7.4.2. прекращения действия Договора по решению суда;

7.4.3. в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

7.5. Договор может быть расторгнут досрочно по соглашению сторон.

7.6. Страхователь имеет право отказаться от Договора в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страхового случая.

7.7. При отказе Страхователя от Договора 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.

7.7.1. Для отказа от Договора с условием возврата страховой премии в соответствии с п. 7.7 настоящей Программы Страхователю необходимо в течение Периода охлаждения предоставить Страховщику письменное заявление об отказе от Договора, собственноручно подписанное Страхователем, с указанием банковских реквизитов (при возврате страховой премии путем безналичных расчетов), документ, удостоверяющий личность Страхователя (при обращении в офис), копию документа, удостоверяющего личность Страхователя (при направлении указанного пакета документов Страховщику средствами почтовой связи).

7.7.2. Документация, предусмотренная п. 7.7.1 настоящей Программы, может быть предоставлена Страхователем путем ее вручения Страховщику (при обращении Страхователя в офисы Страховщика, адреса которых можно узнать на сайте Страховщика по адресу <https://www.sogaz.ru/sogaz/about/filials/>) либо путем ее отправки через организацию почтовой связи Страховщику.

7.7.3. Договор прекращает свое действие с начала срока страхования.

7.7.4. Возврат Страховщиком уплаченной страховой премии производится по выбору Страхователя способом, указанным Страхователем в заявлении об отказе от Договора (наличными денежными средствами или в порядке безналичных расчетов), в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора.

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

7.9. Для отказа от Договора в соответствии с п. 7.8 настоящей Программы Страхователю необходимо предоставить Страховщику письменное заявление об отказе от Договора, собственноручно подписанное Страхователем, документ, удостоверяющий личность Страхователя (при обращении в офис Страховщика), копию документа, удостоверяющего личность Страхователя (при направлении указанного пакета документов Страховщику средствами почтовой связи).

7.10. Договор 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.

## **8. Права и обязанности сторон**

8.1. Страховщик обязан:

8.1.1. организовать и оплатить оказанные Застрахованному лицу медицинские и(или) иные услуги, предусмотренные Программой;

8.1.2. контролировать объем, сроки и качество организованной им медицинской помощи.

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

8.3. Страхователь имеет право:

8.3.1. требовать от Страховщика организации оказания медицинских услуг и (или) их оплаты в соответствии с условиями Договора;

8.3.2. отказаться от Договора в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай, письменно уведомив об этом Страховщика.

8.4. Страхователь обязан:

8.4.1. при акцепте Договора предоставить Страховщику необходимую достоверную информацию, касающуюся Застрахованного лица;

8.4.2. оплатить страховую премию в порядке и размере, предусмотренном Договором.

8.5. Застрахованное лицо обязано:

8.5.1. соблюдать порядок получения медицинских и(или) иных услуг, предусмотренных Программой;

8.5.2. своевременно и в полном объеме исполнить обязательство по возмещению Страховщику той части оплаты медицинских услуг, которая соответствует размеру Безусловной франшизы по Договору;

8.5.3. не передавать Договор другим лицам с целью получения ими медицинских и(или) иных услуг, предусмотренных Договором.

8.6. В период действия Договора Застрахованное лицо вправе обратиться к Страховщику за информацией, необходимой для реализации своих прав по Договору.

## **9. Порядок разрешения споров**

9.1. Споры, возникающие по Договору, разрешаются в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

9.2. 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 Российской Федерации о финансовом уполномоченном.

## Программа добровольного медицинского страхования «2»

(в редакции от 08.12.2021)

Программа добровольного медицинского страхования «2» в редакции от 08.12.2021 (далее – Программа) составлена в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования граждан АО «СОГАЗ» в редакции от 22 июля 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](https://www.sogaz.ru/upload/iblock/f12/003_pravila-dobrovolnogo-meditsinskogo-strakhovaniya-grazhdan-ot-22.07.2019_tarify-ot-30.06.2020.pdf).

### 1. Общие положения

1.1. В случае если положения Договора страхования (Полиса) (далее – Договор) и настоящей Программы отличаются от положений Правил, применяются положения, изложенные в Договоре и/или в настоящей Программе.

1.2. Термины и определения:

1.2.1. 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.

1.2.2. Иные организации – имеющие договорные отношения со Страховщиком организации, которые по поручению Страховщика обеспечивают организацию Застрахованным лицам иных услуг, предусмотренных Договором.

1.2.3. Медицинская помощь – первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь, оказываемая в рамках Договора в соответствии с Программой.

1.2.4. 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. Договором предусмотрено оказание медицинских услуг с применением телемедицинских технологий в форме дистанционных (телемедицинских) онлайн-консультаций в порядке, предусмотренном Программой.

1.2.5. 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.

1.2.6. 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 от Договора в течение периода охлаждения, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в порядке, предусмотренном п. 7.7 настоящей Программы. Продолжительность периода охлаждения – 14 (четырнадцать) календарных дней с даты заключения Договора.

1.2.7. Временная франшиза – период времени, равный 14 календарным дням с даты начала срока страхования, указанного в п. 10.3 Договора, в течение которого обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию для полу-

чения медицинских услуг, предусмотренных п. 2.2 настоящей Программы, не является страховым случаем.

1.2.8. Безусловная франшиза – невозмещаемая Страховщиком часть стоимости услуг, предусмотренных п. 2.2.1 Программы, в размере 50% от стоимости оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг. Порядок исполнения обязательств Сторон в части, касающейся безусловной франшизы, отражен в разделе 6 настоящей Программы.

1.3. 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, в порядке и на условиях, указанных в Договоре и Программе.

1.4. По условиям настоящей Программы и Договора на страхование не принимаются лица:

1.4.1. младше 18 лет или старше 61 года на дату начала действия страхования по Договору. Договор, заключенный в отношении Застрахованного лица, которому в течение срока действия Договора исполнится 61 год, продолжает действовать до истечения срока его действия;

1.4.2. находящиеся в местах лишения свободы.

1.5. Лицам, изъявляющим желание заключить Договор в отношении лица, не соответствующего требованиям п. 1.4 Программы, могут быть предложены индивидуальные условия страхования, включая страховую премию, после обращения в офис к Страховщику и заполнения заявления на страхование с учетом предусмотренного ст. 945 Гражданского кодекса Российской Федерации права Страховщика на оценку страхового риска.

1.6. Страховым случаем является:

1.6.1. Обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования по Договору в медицинскую организацию из числа согласованных Страховщиком для организации и оказания Застрахованному лицу дистанционных (телемедицинских) онлайн-консультаций, предусмотренных п. 2.1 Программы, по поводу расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих их оказания;

1.6.2. Обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования по Договору (кроме периода временной франшизы согласно п. 1.2.7 настоящей Программы) в медицинскую организацию из числа согласованных Страховщиком для организации и оказания Застрахованному лицу медицинских услуг, предусмотренных п. 2.2 Программы, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих их оказания, а также для проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их;

1.6.3. Возникновение в течение срока действия страхования по Договору необходимости организации и оказания иных услуг, предусмотренных п. 2.3 Программы, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих их оказания.

1.7. 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.

1.8. Медицинские и иные услуги:

1.8.1. оказываются Застрахованному лицу при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Правилами, Договором и настоящей Программой;

1.8.2. медицинские услуги, предусмотренные п. 2.2 Программы, оказываются Застрахованному лицу только по направлению врача, полученному по результатам телемедицинской онлайн-консультации в рамках настоящей Программы;

1.8.3. медицинские услуги, предусмотренные п. 2.2.1 Программы, оказываются Застрахованному лицу после диагностирования у него в течение срока страхования заболевания коронавирусной инфекцией (COVID-19) в любой форме;

1.8.4. медицинские услуги, предусмотренные п. 2.2.2 Программы, оказываются Застрахованному лицу, после диагностирования у него в течение срока страхования заболевания пневмонией (в среднетяжелой, тяжелой и крайне тяжелой форме течения (дыхательная недостаточность степени от 2+), в том числе вызванной коронавирусной инфекцией (COVID-19), повлекшей стационарное лечение.

1.9. Организация медицинской помощи по п. 2.2.2 Программы осуществляется при обращении Застрахованного лица к Страховщику в течение 30 календарных дней после выздоровления и не позднее 14 календарных дней до даты окончания срока страхования (п. 10.3 Договора). Под выздоровлением понимается завершение лечения заболевания, указанного в п. 1.8.4 Программы, подтвержденное документами из амбулаторно-поликлинического учреждения (врачебное заключение, выписка из медицинской карты), в которое Застрахованное лицо было направлено после завершения стационарного лечения, а также закрытым листком нетрудоспособности для работающих Застрахованных лиц.

1.9.1. Для организации медицинской помощи, предусмотренной п. 2.2.2 настоящей Программы, Застрахованному лицу необходимо предоставить выписку из карты амбулаторного больного и стационарного больного с указанием развернутого диагноза (в т.ч. с указанием степени тяжести заболеваний и осложнений), результатов проведенных лабораторных исследований (МАНК, серологические, иммунологические и др.) и инструментальных исследований (пульсоксиметрии, рентгенологических исследований включая компьютерную томографию органов грудной клетки и др.), иных обследований и проведенного лечения.

1.10. Территория оказания услуг:

1.10.1. Медицинские услуги, предусмотренные п. 2.1 Программы, оказываются Застрахованному лицу, находящемуся на территории Российской Федерации и/или за рубежом, медицинскими организациями, находящимися на территории Российской Федерации;

1.10.2. Медицинские услуги, предусмотренные п. 2.2 Программы, оказываются Застрахованному лицу, находящемуся на территории Российской Федерации, медицинскими организациями, находящимися на территории Российской Федерации;

1.10.3. Иные услуги, предусмотренные п. 2.3 Программы, оказываются Застрахованному лицу, находящемуся на территории Российской Федерации иными организациями, находящимися на территории Российской Федерации.

1.11. Страховая выплата за оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги по Договору производится в медицинскую организацию или иную организацию в порядке, в сроки и по расценкам, предусмотренным договором, заключенным между Страховщиком и медицинской или иной организацией. Страховщик не производит возмещение фактических расходов Застрахованного лица на самостоятельную оплату им медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой.

1.12. Все заявления и извещения, которые делают друг другу стороны Договора, должны производиться в соответствии с п. 12.3 Договора.

1.12.1. Гражданско-правовые последствия, связанные с направлением Страховщиком в адрес Страхователя заявлений и извещений в соответствии с п. 12.3 Договора (далее – Письма), считаются наступившими для Страхователя с момента, указанного в тексте Письма, а если данный момент не указан – с момента доставки Письма Страховщика в адрес Страхователя.

1.12.2. При направлении Писем Страхователю по адресу электронной почты, указанному в разделе 2 Договора, Письма направляются Страховщиком с адреса электронной почты Страховщика (работника Страховщика), имеющего формат: имя@sogaz.ru, с уведомлением о доставке и считаются доставленными/полученными Страхователем с даты получения Страховщиком отчета о доставке электронного сообщения, либо, при отсутствии отчета о доставке электронного сообщения, – в рабочий день, следующий за датой направления Письма по адресу электронной почты.

1.12.3. При направлении Писем Страхователю в виде смс-сообщения или сообщения через мессенджер по телефону, указанному в разделе 2 Договора, Письма могут считаться доставленными/полученными Страхователем по истечении 24 часов с момента отправки Страховщиком смс-сообщения или сообщения через мессенджер по телефону.

1.12.4. При направлении Писем Страхователю через Личный кабинет на сайте Страховщика или в мобильном приложении «СОГАЗ-здоровье и страхование» указанные Письма считаются доставленными/полученными Страхователем с момента размещения указанных Писем в Личном кабинете.

1.12.5. В случае изменения адреса электронной почты, номера телефона (далее – контактные данные) Страхователя он обязан в течение 5 (пяти) рабочих дней письменно известить об этом Страховщика. Если Страховщик не был извещен об изменении контактных данных заблаговременно, то риск неполучения направленных Страховщиком Писем несет Страхователь.

1.12.6. Информация об адресе электронной почты, номере телефона, представленная Страхователем при оформлении Договора, считается актуальной до момента получения Страховщиком информации об их изменении. При наличии нескольких отличающихся контактных данных Страхователя, по которым от Страхователя не поступало сообщение об их неактуальности, выбор контактных данных для отправки Писем осуществляет Страховщик.

## **2. Объем услуг, предоставляемый в рамках программы**

2.1. Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации (далее – телемедицинские онлайн-консультации), проводимые врачами-консультантами медицинских организаций, а именно:

2.1.1. плановые телемедицинские онлайн-консультации профильного врача-специалиста по предварительной записи по вопросам, связанным с вакцинацией от коронавирусной инфекции COVID-19 (в том числе консультации по вопросам о подготовке, показаниях и противопоказаниях к вакцинации, составе вакцин, возможных реакциях организма на введение вакцины, возможных осложнениях после вакцинации и т.д.) с предоставлением письменного заключения с рекомендациями по результатам телемедицинской онлайн-консультации – без ограничений количества консультаций в течение срока действия страхования по Договору;

2.1.2. срочные телемедицинские онлайн-консультации дежурным врачом без предварительной записи (в том числе консультации по вопросам, связанным с коронавирусной инфекцией COVID-19) с предоставлением письменного заключения с рекомендациями по результатам телемедицинской онлайн-консультации – без ограничений количества консультаций в течение срока действия страхования по Договору;

2.1.3. плановые телемедицинские онлайн-консультации профильного врача-специалиста по предварительной записи с предоставлением письменного заключения с рекомендациями по результатам телемедицинской онлайн-консультации – без



ограничений количества консультаций в течение срока действия страхования по Договору.

**2.2. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание** Застрахованного лица по направлению врача, полученному по результатам телемедицинской онлайн-консультации в рамках настоящей Программы, в медицинских организациях, и включающее в себя:

**2.2.1. Лабораторные исследования** (проводятся в сети лабораторий по направлению Страховщика, выданному на основании письменной рекомендации врача по результатам телемедицинской онлайн-консультации, с учетом безусловной франшизы в размере 50% от стоимости исследования и с учетом п. 1.8.3 Программы):

2.2.1.1. Комплекс лабораторных исследований – однократно;  
2.2.1.2. Исследование на антитела к коронавирусной инфекции COVID-19 (иммуноглобулин IgG) – однократно.

**2.2.2. Консультации и манипуляции врачей, функциональная диагностика, физиотерапевтическое и восстановительное лечение с учетом положений п. 1.8.4, п. 1.9 настоящей Программы:**

**2.2.2.1. Консультации и манипуляции врачей по специальности:** пульмонология, терапия, физиотерапия, лечебная физкультура в объемах:

Консультации и манипуляции врачей по специальности:	Ограничения объема услуг, предусмотренные в рамках обслуживания по настоящей Программе
Общая врачебная практика (семейная медицина)/ Терапия	2 (первичный прием и прием после завершения назначенных процедур)
По направлению врача-терапевта:	
Физиотерапии/восстановительной медицине	1
Лечебной физкультуре	1
Пульмонологии	1

**2.2.2.2. Инструментальные исследования:** функциональная диагностика – электрокардиография (ЭКГ), исследование функции внешнего дыхания (спирография), в том числе с нагрузкой или провокацией, пульсоксиметрия в объемах:

Исследования	Ограничения объема услуг, предусмотренные в рамках обслуживания по настоящей Программе
Исследование функции внешнего дыхания (спирография), в том числе с нагрузкой или провокацией	2 (1 в начале и 1 по направлению врача-терапевта по завершении курса реабилитации)
Пульсоксиметрия	2
Электрокардиография (ЭКГ)	1

**2.2.2.3. Физиотерапевтическое лечение** (в отделении физиотерапии): лазеротерапия, электротерапия, магнитотерапия, светолечение, ультразвуковая терапия, фонофорез, ингаляции в объемах:

Манипуляции	Ограничения объема услуг, предусмотренные в рамках обслуживания по настоящей Программе
Лазеротерапия	
Электротерапия	
Магнитотерапия	Не более 10 сеансов суммарно, одним или несколькими методами
Светолечение	
Ультразвуковая терапия	
Фонофорез	
Ингаляции	Не более 5 сеансов

**2.2.2.4. Восстановительное лечение:** групповая лечебная физкультура в объемах:

Восстановительное лечение	Ограничение объема услуг, предусмотренные в рамках обслуживания по настоящей Программе
Групповая лечебная физкультура	Не более 5 сеансов

**2.2.2.5. Медикаментозное обеспечение** лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, необходимыми при выполнении процедур и манипуляций на приеме у врача при предоставлении их медицинской организацией.

**2.3. Иные услуги:**

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

### 3. Исключения по программе

**3.1. Заболевания/состояния, обращение по поводу которых не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком:**

3.1.1. ВИЧ-инфекция, СПИД, их осложнения;  
3.1.2. Психические заболевания и их осложнения, органические психические расстройства (включая симптоматические), алкоголизм, наркомания, токсикомания;  
3.1.3. Туберкулез, муковисцидоз независимо от клинической формы и стадии процесса.

**3.2. Не являются страховым случаем и не оплачиваются Страховщиком обращения Застрахованного лица в медицинскую организацию с целью получения:**

3.2.1. Услуг, оказанных без направления врача, полученного по результатам телемедицинской онлайн-консультации в рамках настоящей Программы;

3.2.2. Любых медицинских услуг, не предусмотренных настоящей Программой;

3.2.3. Услуг, предусмотренных п. 2.2.1 настоящей Программы, оказанных в связи с заболеванием, не предусмотренным п. 1.8.3 настоящей Программой;

3.2.4. Услуг, предусмотренных п. 2.2.2 настоящей Программы, оказанных в связи с заболеванием, не предусмотренным п. 1.8.4 настоящей Программой;

3.2.5. Услуг, предусмотренных п. 2.2.1 настоящей Программы, связанных с лечением заболевания, предусмотренного п. 1.8.3 настоящей Программы, диагностированного до начала срока действия Договора;

3.2.6. Услуг, предусмотренных п. 2.2.2 настоящей Программы, связанных с лечением заболевания, предусмотренного п. 1.8.4 настоящей Программы, диагностированного до начала срока действия Договора;

3.2.7. Услуг, оказанных после окончания срока страхования по Договору;

3.2.8. Услуг, предусмотренных п. 2.2 настоящей Программы, оказанных в период действия временной франшизы;

3.2.9. Услуг скорой и неотложной помощи, любых видов стационарной, стоматологической помощи, иммунопрофилактики, помощи на дому;

3.2.10. Услуг по забору анализов на дому;

3.2.11. Услуг по оформлению медицинской документации: экспертиза временной нетрудоспособности с оформлением листов нетрудоспособности и справок формы 095/у, выписка из медицинской карты по форме 027/у, оформление рецептов, посылочный лист на МСЭ, заключение предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования) по форме 003-ПУ, справка на профессиональную пригодность (форма 086/у), санаторно-курортная карта (форма 072/у), справка в бассейн, фитнес-центр, спортивные секции, справка в ГИБДД (форма 083/у), справка для выезжающих за границу (форма 082/у), справка для получения путевки (форма 070/у), справка на госслужбу по форме 001-ГС/у, справка на оружие (форма 046-1);

3.2.12. Услуг, связанных с выдачей оригиналов и копий амбулаторных карт, оформлением выписок из них за исключением

случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

3.2.13. Иных услуг в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

#### **4. Порядок предоставления услуг**

4.1. Для получения телемедицинских онлайн-консультаций, предусмотренных п. 2.1 настоящей Программы:

4.1.1. Застрахованному лицу необходимо зарегистрироваться и идентифицироваться в Личном кабинете мобильного приложения «СОГАЗ – здоровье и страхование» (далее – мобильное приложение), предварительно загрузив и установив его на свое мобильное устройство.

4.1.2. Вход в Личный кабинет мобильного приложения осуществляется авторизованным Застрахованным лицом на основании персональных идентификационных данных, указываемых при регистрации и последующих входах в Личный кабинет мобильного приложения.

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

4.2. Для получения медицинских услуг, предусмотренных п. 2.2.1 настоящей Программы, Застрахованному лицу необходимо:

4.2.1. Зарегистрировать в Личном кабинете мобильного приложения банковскую карту, указав ее реквизиты в системе интернет-эквайринга, в целях организации списания денежных средств в размере предусмотренной п. 11.3 Договора Безусловной франшизы и предоставить согласие Застрахованного лица на исполнение обязательств в рамках Программы путем акцепта в Личном кабинете Застрахованного лица <https://lk.sogaz.ru>.

4.2.2. Не ранее чем через 24 часа с момента регистрации банковской карты в Личном кабинете мобильного приложения, в соответствии с п. 4.2.1 настоящей Программы, у Застрахованного лица появится возможность произвести запись или обратиться в медицинскую организацию, согласованную во время проведения телемедицинской онлайн-консультации, для получения медицинских услуг, предусмотренных п. 2.2.1 Программы, в амбулаторно-поликлинических условиях.

4.3. Обязательным условием для организации медицинской помощи, предусмотренной п. 2.2.2 настоящей Программы, является предоставление Страховщику:

4.3.1. документа, удостоверяющего личность;

4.3.2. документов, предусмотренных п. 1.9 настоящей Программы.

4.3.3. Страховщик направляет Застрахованное лицо в медицинскую организацию для прохождения исследований (исследование функции внешнего дыхания, пульсоксиметрия, ЭКГ) и консультации врача с целью определения индивидуальной программы восстановительного лечения.

4.4. Для записи в медицинскую организацию и получения медицинских услуг, предусмотренных п. 2.2 настоящей Программы, на основании письменной рекомендации врача, полученной по результатам телемедицинской онлайн-консультации в рамках настоящей Программы, Застрахованному лицу необходимо обратиться к Страховщику через круглосуточный федеральный медицинский контактный центр АО «СОГАЗ» по телефону 8-800-250-29-06;

4.4.1. При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо должно предъявить документ, удостоверяющий личность.

4.4.2. Медицинские услуги оказываются Застрахованному лицу в режиме работы медицинской организации, в соответствии с ранее произведенной записью на прием или услугу.

#### **5. Условия предоставления услуг телемедицинских онлайн-консультаций**

5.1. Телемедицинские онлайн-консультации в рамках настоящей Программы осуществляются с использованием мобильного устройства Застрахованного лица, с установленным на нем мобильным приложением (в дальнейшем – оборудование), соответствующего следующим техническим требованиям к установленной на нем операционной системе:

– iOS 8.0 или более поздняя версия;

– Android 4.1 или более поздняя версия.

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

5.3. Информация о медицинских организациях и врачах, предоставляющих медицинские услуги с использованием телемедицинских технологий, их профессиональном образовании, квалификации размещена в мобильном приложении.

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

5.4.1. с использованием видеосвязи;

5.4.2. с использованием аудиосвязи;

5.4.3. путем обмена сообщениями и файлами.

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

5.6. 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-консультаций через Личный кабинет Застрахованного лица.

5.7. Во время проведения телемедицинской онлайн-консультации, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, врач информирует Застрахованное лицо 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.

5.8. Застрахованному лицу предоставляются телемедицинские онлайн-консультации по всем медицинским вопросам, непосредственно связанным с личностью Застрахованного лица, за исключением:

5.8.1. вопросов, по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Застрахованным лицом дистанционным способом;

5.8.2. вопросов, для которых необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров, анализов и пр.) при ее отсутствии.

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

5.10. Услуги в форме срочной телемедицинской консультации дежурным врачом могут оказываться Застрахованному лицу круглосуточно.

5.11. Услуги в форме плановых телемедицинских онлайн-консультаций Застрахованного лица профильным врачом-специалистом осуществляются врачом в режиме работы медицинской организации по предварительной записи. При этом если Застрахованное лицо произвело запись на плановую консультацию, но не воспользовалось ею и заранее (не менее чем за 12 часов до консультации) не отменило ее, то плановая консультация и услуга считается оказанной.

5.12. Услуги в форме телемедицинских онлайн-консультаций оказываются врачами, сотрудниками медицинских организаций с соблюдением норм действующего законодательства и с учетом специфики оказания услуг дистанционным способом.

#### **6. Исполнение обязательства по оплате безусловной франшизы по амбулаторно-поликлинической помощи**

6.1. Страховщик посредством Личного кабинета Застрахованного лица предоставляет информацию о медицинских услугах, организованных и предоставленных Застрахованному

лицу, предусмотренных п. 2.2.1 Программы, стоимость которых Застрахованному лицу требуется возместить Страховщику в размере Безусловной франшизы, предусмотренной п. 11.3 Договора.

6.2. Страховщик оплачивает медицинские услуги из числа предусмотренных п. 2.2.1 Программы, согласно счетам медицинского учреждения, в полном объеме с последующим возмещением Застрахованным лицом Страховщику той части оплаты медицинских услуг, которая соответствует размеру Безусловной франшизы по Договору.

6.3. По распоряжению Страховщика производится безакцептное списание средств со счета банковской карты, зарегистрированной в Личном кабинете Застрахованного лица, в размере Безусловной франшизы. В случае регистрации нескольких банковских карт списание производится с первой зарегистрированной банковской 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.

6.4. В случае отсутствия достаточных средств на счете банковской карты для возмещения Страховщику части стоимости оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг в размере Безусловной франшизы, Страховщик направляет через Личный кабинет Застрахованного лица первичное уведомление об этом.

6.5. 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 возмещения Страховщику части стоимости оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг в размере Безусловной франшизы размере или зарегистрировать дополнительную банковскую карту с достаточной суммой средств.

6.6. Если в течение 10 календарных дней после направления Страховщиком первичного уведомления, Застрахованным лицом не обеспечено наличие необходимых средств на счете банковской карты (первично зарегистрированной или дополнительной), Страховщик через Личный кабинет Застрахованного лица направляет повторное уведомление. Застрахованное лицо обязано обеспечить наличие необходимых средств в течение 5 календарных дней после направления Страховщиком повторного уведомления.

6.7. При неисполнении Застрахованным лицом обязательств по возмещению Страховщику части стоимости оказанных Застрахованному лицу услуг в размере Безусловной франшизы в течение 5 календарных дней с момента направления повторного уведомления, с 6-го календарного дня с даты направления повторного уведомления Застрахованному лицу, оказание медицинских услуг Застрахованному лицу, предусмотренных п. 2.2.1 настоящей Программы (при оплате которых предусмотрена Безусловная франшиза), прекращается в связи с неисполнением обязательств по возмещению Безусловной франшизы с направлением соответствующего уведомления Застрахованному лицу.

6.8. Если срок действия Договора не истек, то в случае погашения Застрахованным лицом задолженности в срок, не превышающий 30 календарных дней с даты направления первичного уведомления Застрахованному лицу, страхование в части организации и оказания медицинских услуг, указанных в п. 2.2.1 Программы (по которым Договором предусмотрена Безусловная франшиза), возобновляется с 10-го календарного дня с даты погашения задолженности в полном объеме.

6.9. При неисполнении Застрахованным лицом обязательств по возмещению Страховщику части стоимости оказанных медицинских услуг из числа предусмотренных п. 2.2.1 Программы в размере Безусловной франшизы, Страховщик вправе обратиться в суд в целях взыскания указанной в уведомлении суммы и суммы образовавшейся задолженности.

## **7. Порядок заключения и прекращения договора страхования**

7.1. Договор страхования заключается в письменной форме путем акцепта Страхователем Договора, подписанного Страховщиком, включая памятку получателю страховых услуг и настоящую Программу. Акцептом Договора в соответствии со ст. 438 Гражданского кодекса Российской Федерации является

уплата Страхователем страховой премии в размере и срок, установленные Договором.

7.2. Если будет установлено, что Договор заключен в пользу Застрахованного лица, указанного в п. 1.4 настоящей Программы, Страховщик вправе потребовать признание Договора недействительным, и применения последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 Гражданского кодекса Российской Федерации. В данном случае Страхователь имеет право на возврат страховой премии в полном объеме.

7.3. При утрате Страхователем (Застрахованным лицом) страховых документов, указанных в п. 7.1 настоящей Программы, Страхователь (Застрахованное лицо) должен в письменной форме обратиться к Страховщику для получения дубликата, после чего утраченный экземпляр считается не имеющим юридической силы с момента подачи заявления Страхователя (Застрахованного лица).

7.4. Договор прекращает свое действие в случаях:

7.4.1. исполнения Страховщиком обязательств по Договору в полном объеме;

7.4.2. прекращения действия Договора по решению суда;

7.4.3. в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

7.5. Договор может быть расторгнут досрочно по соглашению сторон.

7.6. Страхователь имеет право отказаться от Договора в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

7.7. При отказе Страхователя от Договора 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.

7.7.1. Для отказа от Договора с условием возврата страховой премии в соответствии с п. 7.7 настоящей Программы Страхователю необходимо в течение Периода охлаждения предоставить Страховщику письменное заявление об отказе от Договора, собственноручно подписанное Страхователем, с указанием банковских реквизитов (при возврате страховой премии путем безналичных расчетов), документ, удостоверяющий личность Страхователя (при обращении в офис), копию документа, удостоверяющего личность Страхователя (при направлении указанного пакета документов Страховщику средствами почтовой связи).

7.7.2. Документация, предусмотренная п. 7.7.1 настоящей Программы, может быть предоставлена Страхователем путем ее вручения Страховщику (при обращении Страхователя в офисы Страховщика, адреса которых можно узнать на сайте Страховщика по адресу <https://www.sogaz.ru/sogaz/about/filials/>) либо путем ее отправки через организацию почтовой связи Страховщику.

7.7.3. Договор прекращает свое действие с начала срока страхования.

7.7.4. Возврат Страховщиком уплаченной страховой премии производится по выбору Страхователя способом, указанным Страхователем в заявлении об отказе от Договора (наличными денежными средствами или в порядке безналичных расчетов), в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора.

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

7.9. Для отказа от Договора в соответствии с п. 7.8 настоящей Программы Страхователю необходимо предоставить Страховщику письменное заявление об отказе от Договора, собственноручно подписанное Страхователем, документ, удостоверяющий личность Страхователя (при обращении в офис Страховщика), копию документа, удостоверяющего личность Страхователя (при направлении указанного пакета документов Страховщику средствами почтовой связи).

7.10. Договор 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.

## **8. Права и обязанности сторон**

8.1. Страховщик обязан:

8.1.1. организовать и оплатить оказанные Застрахованному лицу медицинские и(или) иные услуги, предусмотренные Программой;

8.1.2. контролировать объем, сроки и качество организованной им медицинской помощи.

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

8.3. Страхователь имеет право:

8.3.1. требовать от Страховщика организации оказания медицинских услуг и (или) их оплаты в соответствии с условиями Договора;

8.3.2. отказаться от Договора в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай, письменно уведомив об этом Страховщика.

8.4. Страхователь обязан:

8.4.1. при акцепте Договора предоставить Страховщику необходимую достоверную информацию, касающуюся Застрахованного лица;

8.4.2. оплатить страховую премию в порядке и размере, предусмотренном Договором.

8.5. Застрахованное лицо обязано:

8.5.1. соблюдать порядок получения медицинских и(или) иных услуг, предусмотренных Программой;

8.5.2. своевременно и в полном объеме исполнить обязательство по возмещению Страховщику той части оплаты медицинских услуг, которая соответствует размеру Безусловной франшизы по Договору;

8.5.3. не передавать Договор другим лицам с целью получения ими медицинских и(или) иных услуг, предусмотренных Договором.

8.6. В период действия Договора Застрахованное лицо вправе обратиться к Страховщику за информацией, необходимой для реализации своих прав по Договору.

## **9. Порядок разрешения споров**

9.1. Споры, возникающие по Договору, разрешаются в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

9.2. 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 Российской Федерации о финансовом уполномоченном.

## Программа добровольного медицинского страхования «З»

(в редакции от 08.12.2021)

Программа добровольного медицинского страхования «З» в редакции от 08.12.2021 (далее – Программа) составлена в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования граждан АО «СОГАЗ» в редакции от 22 июля 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](https://www.sogaz.ru/upload/iblock/f12/003_pravila-dobrovolnogo-meditsinskogo-strakhovaniya-grazhdan-ot-22.07.2019_tarify-ot-30.06.2020.pdf).

### 1. Общие положения

1.1. В случае если положения Договора страхования (Полиса) (далее – Договор) и настоящей Программы отличаются от положений Правил, применяются положения, изложенные в Договоре и/или в настоящей Программе.

#### 1.2. Термины и определения:

1.2.1. 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.

1.2.2. Иные организации – имеющие договорные отношения со Страховщиком организации, которые по поручению Страховщика обеспечивают организацию Застрахованным лицам иных услуг, предусмотренных Договором.

1.2.3. Медицинская помощь – первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь, оказываемая в рамках Договора в соответствии с Программой.

1.2.4. 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. Договором предусмотрено оказание медицинских услуг с применением телемедицинских технологий в форме дистанционных (телемедицинских) онлайн-консультаций в порядке, предусмотренном Программой.

1.2.5. 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.

1.2.6. 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 от Договора в течение периода охлаждения, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в порядке, предусмотренном п. 7.7 настоящей Программы. Продолжительность периода охлаждения – 14 (четырнадцать) календарных дней с даты заключения Договора.

1.2.7. Временная франшиза – период времени, равный 14 календарным дням с даты начала срока страхования, указанного в п. 10.3 Договора, в течение которого обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию для полу-

чения медицинских услуг, предусмотренных п. 2.2 настоящей Программы, не является страховым случаем.

1.2.8. Безусловная франшиза – невозмещаемая Страховщиком часть стоимости услуг, предусмотренных п. 2.2.1.1 Программы, в размере 50% от стоимости оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг. Порядок исполнения обязательств Сторон в части, касающейся безусловной франшизы, отражен в разделе 6 настоящей Программы.

1.3. 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, в порядке и на условиях, указанных в Договоре и Программе.

1.4. По условиям настоящей Программы и Договора на страхование не принимаются лица:

1.4.1. младше 18 лет или старше 61 года на дату начала действия страхования по Договору. Договор, заключенный в отношении Застрахованного лица, которому в течение срока действия Договора исполнится 61 год, продолжает действовать до истечения срока его действия;

1.4.2. находящиеся в местах лишения свободы.

1.5. Лицам, изъявляющим желание заключить Договор в отношении лица, не соответствующего требованиям п. 1.4 Программы, могут быть предложены индивидуальные условия страхования, включая страховую премию, после обращения в офис к Страховщику и заполнения заявления на страхование с учетом предусмотренного ст. 945 Гражданского кодекса Российской Федерации права Страховщика на оценку страхового риска.

1.6. Страховым случаем является:

1.6.1. Обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования по Договору в медицинскую организацию из числа согласованных Страховщиком для организации и оказания Застрахованному лицу дистанционных (телемедицинских) онлайн-консультаций, предусмотренных п. 2.1 Программы, по поводу расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих их оказания;

1.6.2. Обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования по Договору (кроме периода временной франшизы согласно п. 1.2.7 настоящей Программы) в медицинскую организацию из числа согласованных Страховщиком для организации и оказания Застрахованному лицу медицинских услуг, предусмотренных п. 2.2 Программы, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих их оказания, а также для проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их;

1.6.3. Возникновение в течение срока действия страхования по Договору необходимости организации и оказания иных услуг, предусмотренных п. 2.3 Программы, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих их оказания.

1.7. 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 организациях.

1.8. Медицинские и иные услуги:

1.8.1. оказываются Застрахованному лицу при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Правилами, Договором и настоящей Программой;

1.8.2. медицинские услуги, предусмотренные п. 2.2.1.1 Программы, оказываются Застрахованному лицу только по направлению врача, полученному по результатам телемедицинской онлайн-консультации в рамках настоящей Программы;

1.8.3. медицинские услуги, предусмотренные п. 2.2.1.1 Программы, оказываются Застрахованному лицу после диагностирования у него в течение срока страхования заболевания коронавирусной инфекцией (COVID-19) в любой форме.

1.8.4. помощь на дому, предусмотренная п. 2.2.2 Программы, оказывается Застрахованному лицу после проведения телемедицинской онлайн-консультации.

1.9. Территория оказания услуг:

1.9.1. Медицинские услуги, предусмотренные п. 2.1 Программы, оказываются Застрахованному лицу, находящемуся на территории Российской Федерации и/или за рубежом, медицинскими организациями, находящимися на территории Российской Федерации;

1.9.2. Медицинские услуги, предусмотренные п. 2.2 Программы, оказываются Застрахованному лицу, находящемуся на территории Российской Федерации, медицинскими организациями, находящимися на территории Российской Федерации;

1.9.3. Иные услуги, предусмотренные п. 2.3 Программы, оказываются Застрахованному лицу, находящемуся на территории Российской Федерации иными организациями, находящимися на территории Российской Федерации.

1.10. Страховая выплата за оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги по Договору производится в медицинскую организацию или иную организацию в порядке, в сроки и по расценкам, предусмотренным договором, заключенным между Страховщиком и медицинской или иной организацией. Страховщик не производит возмещение фактических расходов Застрахованного лица на самостоятельную оплату им медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой.

1.11. Все заявления и извещения, которые делают друг другу стороны Договора, должны производиться способом в соответствии с п. 12.3 Договора.

1.11.1. Гражданско-правовые последствия, связанные с направлением Страховщиком в адрес Страхователя заявлений и извещений в соответствии с п. 12.3 Договора (далее – Письма), считаются наступившими для Страхователя с момента, указанного в тексте Письма, а если данный момент не указан – с момента доставки Письма Страховщика в адрес Страхователя.

1.11.2. При направлении Писем Страхователю по адресу электронной почты, указанному в разделе 2 Договора, Письма направляются Страховщиком с адреса электронной почты Страховщика (работника Страховщика), имеющего формат: имя@sogaz.ru, с уведомлением о доставке и считаются доставленными/полученными Страхователем с даты получения Страховщиком отчета о доставке электронного сообщения, либо, при отсутствии отчета о доставке электронного сообщения, – в рабочий день, следующий за датой направления Письма по адресу электронной почты.

1.11.3. При направлении Писем Страхователю в виде смс-сообщения или сообщения через мессенджер по телефону, указанному в разделе 2 Договора, Письма могут считаться доставленными/полученными Страхователем с истечением 24 часов с момента отправки Страховщиком смс-сообщения или сообщения через мессенджер по телефону.

1.11.4. При направлении Писем Страхователю через Личный кабинет на сайте Страховщика или в мобильном приложении «СОГАЗ-здоровье и страхование» указанные Письма счита-

ются доставленными/полученными Страхователем с момента размещения указанных Писем в Личном кабинете.

1.11.5. В случае изменения адреса электронной почты, номера телефона (далее – контактные данные) Страхователя он обязан в течение 5 (пяти) рабочих дней письменно известить об этом Страховщика. Если Страховщик не был извещен об изменении контактных данных заблаговременно, то риск неполучения направленных Страховщиком Писем несет Страхователь.

1.11.6. Информация об адресе электронной почты, номере телефона, представленная Страхователем при оформлении Договора, считается актуальной до момента получения Страховщиком информации об их изменении. При наличии нескольких отличающихся контактных данных Страхователя, по которым от Страхователя не поступало сообщение об их неактуальности, выбор контактных данных для отправки Писем осуществляет Страховщик.

## **2. Объем услуг, предоставляемый в рамках программы**

2.1. Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации (далее – телемедицинские онлайн-консультации), проводимые врачами-консультантами медицинских организаций, а именно:

2.1.1. плановые телемедицинские онлайн-консультации профильного врача-специалиста по предварительной записи по вопросам, связанным с вакцинацией от коронавирусной инфекции COVID-19 (в том числе консультации по вопросам о подготовке, показаниях и противопоказаниях к вакцинации, составе вакцин, возможных реакциях организма на введение вакцины, возможных осложнениях после вакцинации и т.д.) с предоставлением письменного заключения с рекомендациями по результатам телемедицинской онлайн-консультации – без ограничений количества консультаций в течение срока действия страхования по Договору;

2.1.2. срочные телемедицинские онлайн-консультации дежурным врачом без предварительной записи (в том числе консультации по вопросам, связанным с коронавирусной инфекцией COVID-19) с предоставлением письменного заключения с рекомендациями по результатам телемедицинской онлайн-консультации – без ограничений количества консультаций в течение срока действия страхования по Договору;

2.1.3. плановые телемедицинские онлайн-консультации профильного врача-специалиста по предварительной записи с предоставлением письменного заключения с рекомендациями по результатам телемедицинской онлайн-консультации – без ограничений количества консультаций в течение срока действия страхования по Договору.

**2.2. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание. Помощь на дому.**

2.2.1. **Амбулаторно-поликлиническое обслуживание** Застрахованного лица по направлению врача, полученному по результатам телемедицинской онлайн-консультации в рамках настоящей Программы, в медицинских организациях и включающее в себя:

2.2.1.1. **Лабораторные исследования** (проводятся в сети лабораторий по направлению Страховщика, выданному на основании письменной рекомендации врача по результатам телемедицинской онлайн-консультации, с учетом безусловной франшизы в размере 50% от стоимости исследования, и с учетом п. 1.8.3 настоящей Программы):

2.2.1.1.1. Комплекс лабораторных исследований – однократно;

2.2.1.1.2. Исследование на антитела к коронавирусной инфекции COVID-19 (иммуноглобулин IgG) – однократно.

2.2.2. **Помощь на дому предоставляется:** для г. Москвы – в пределах 30 км от МКАД, для г. Санкт-Петербурга – в пределах 30 км от КАД, в других регионах – в пределах административных границ территорий населенных пунктов, при наличии в населенном пункте медицинских организаций, предоставляющих такую услугу.

Оказание Помощи на дому доступно в течение 7 (семи) календарных дней с момента введения в течение срока действия страхования по Договору (но не позднее 7 (семи) календарных дней до окончания срока действия страхования по Договору) вакцины / каждого из компонентов вакцины от коронавирусной инфекции COVID-19.

Необходимость помощи на дому определяется врачом по результатам телемедицинской онлайн-консультации.

Помощь на дому предоставляется при выраженных симптомах ухудшения состояния здоровья Застрахованного лица после введения вакцины / компонента вакцины от коронавирусной инфекции COVID-19: подъеме температуры выше 37,5 градусов, выраженной слабости, головокружении.

Помощь на дому включает в себя:

2.2.2.1. Консультации и манипуляции врача-терапевта / врача общей врачебной практики (семейной медицины) - не более 2 (двух) раз в течение срока действия страхования по Договору;

2.2.2.2. Забор материала для проведения экспресс-тестирования на наличие коронавирусной инфекции COVID-19 – только по медицинским показаниям;

2.2.2.3. Экспертиза нетрудоспособности.

### 2.3. Иные услуги:

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

## 3. Исключения по программе

**3.1. Заболевания/состояния, обращение по поводу которых не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком:**

3.1.1. ВИЧ-инфекция, СПИД, их осложнения;

3.1.2. Психические заболевания и их осложнения, органические психические расстройства (включая симптоматические), алкоголизм, наркомания, токсикомания;

3.1.3. Туберкулез, муковисцидоз независимо от клинической формы и стадии процесса.

**3.2. Не являются страховым случаем и не оплачиваются Страховщиком обращения Застрахованного лица в медицинскую организацию с целью получения:**

3.2.1. Услуг, оказанных без направления врача, полученного по результатам телемедицинской онлайн-консультации в рамках настоящей Программы;

3.2.2. Любых медицинских услуг, не предусмотренных настоящей Программой;

3.2.3. Услуг, предусмотренных п. 2.2.1.1 настоящей Программы, оказанных в связи с заболеванием, не предусмотренным п. 1.8.3 настоящей Программой;

3.2.4. Услуг, предусмотренных п. 2.2.1 настоящей Программы, связанных с лечением заболевания, предусмотренного п. 1.8.3 настоящей Программы, диагностированного до начала срока действия Договора;

3.2.5. Услуг, предусмотренных п. 2.2.2 настоящей Программы, предоставление которых не связано с ухудшением состояния здоровья Застрахованного лица вследствие введения вакцины / компонента вакцины от коронавирусной инфекции COVID-19;

3.2.6. Услуг, оказанных после окончания срока страхования по Договору;

3.2.7. Услуг, предусмотренных п. 2.2 настоящей Программы, оказанных в период действия временной франшизы;

3.2.8. Услуг скорой и неотложной помощи, любых видов стационарной, стоматологической помощи, иммунопрофилактики;

3.2.9. Услуг по забору анализов на дому, кроме прямо предусмотренных п. 2.2.2.2 настоящей Программы;

3.2.10. Услуг по оформлению медицинской документации: выписки из медицинской карты по форме 027/у, оформлению рецептов, посылного листа на МСЭ, заключения предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования) по форме 003-ПУ, справки на профессиональную пригодность (форма 086/у), санаторно-курортной карты (форма 072/у), справки в бассейн, фитнес-центр, спортивные секции, справки в ГИБДД (форма 083/у), справки для выезжающих за границу (форма 082/у), справки для получения путевки (форма 070/у), справки на госслужбу по форме 001-ГС/у, справки на оружие (форма 046-1);

3.2.11. Услуг, связанных с выдачей оригиналов и копий амбулаторных карт, оформлением выписок из них за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

3.2.12. Иных услуг в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

## 4. Порядок предоставления услуг

4.1. Для получения телемедицинских онлайн-консультаций, предусмотренных п. 2.1 настоящей Программы:

4.1.1. Застрахованному лицу необходимо зарегистрироваться и идентифицироваться в Личном кабинете мобильного приложения «СОГАЗ – здоровье и страхование» (далее – мобильное приложение), предварительно загрузив и установив его на свое мобильное устройство.

4.1.2. Вход в Личный кабинет мобильного приложения осуществляется авторизованным Застрахованным лицом на основании персональных идентификационных данных, указываемых при регистрации и последующих входах в Личный кабинет мобильного приложения.

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

4.2. Для получения медицинских услуг, предусмотренных п. 2.2.1.1 настоящей Программы, Застрахованному лицу необходимо:

4.2.1. Зарегистрировать в Личном кабинете мобильного приложения банковскую карту, указав ее реквизиты в системе интернет-эквайринга, в целях организации списания денежных средств в размере предусмотренной п. 11.3 Договора Безусловной франшизы и предоставить согласие Застрахованного лица на исполнение обязательств в рамках Программы путем акцепта в Личном кабинете Застрахованного лица <https://lk.sogaz.ru>.

4.2.2. Не ранее чем через 24 часа с момента регистрации банковской карты в Личном кабинете мобильного приложения, в соответствии с п. 4.2.1 настоящей Программы, у Застрахованного лица появится возможность произвести запись или обратиться в медицинскую организацию, согласованную во время проведения телемедицинской онлайн-консультации, для получения медицинских услуг, предусмотренных п. 2.2.1.1 Программы, в амбулаторно-поликлинических условиях.

4.3. Для записи в медицинскую организацию и получения медицинских услуг, предусмотренных п. 2.2.1 настоящей Программы, на основании письменной рекомендации врача, полученной по результатам телемедицинской онлайн-консультации в рамках настоящей Программы, а также при необходимости получения помощи на дому, предусмотренной п. 2.2.2 настоящей Программы по результатам телемедицинской онлайн-консультации, Застрахованному лицу необходимо обратиться к Страховщику через круглосуточный федеральный медицинский контактный центр АО «СОГАЗ» по телефону 8-800-250-29-06;

4.3.1. При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо должно предъявить документ, удостоверяющий личность.

4.3.2. Медицинские услуги оказываются Застрахованному лицу в режиме работы медицинской организации, в соответствии с ранее произведенной записью на прием или услугу.

## 5. Условия предоставления услуг телемедицинских онлайн-консультаций

5.1. Телемедицинские онлайн-консультации в рамках настоящей Программы осуществляются с использованием мобильного устройства Застрахованного лица, с установленным на нем мобильным приложением (в дальнейшем – оборудование), соответствующего следующим техническим требованиям к установленной на нем операционной системе:

– iOS 8.0 или более поздняя версия;

– Android 4.1 или более поздняя версия.

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

5.3. Информация о медицинских организациях и врачах, предоставляющих медицинские услуги с использованием теле-

медицинских технологий, их профессиональном образовании, квалификации размещена в мобильном приложении.

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

- 5.4.1. с использованием видеосвязи;
- 5.4.2. с использованием аудиосвязи;
- 5.4.3. путем обмена сообщениями и файлами.

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

5.6. Застрахованное лицо во время проведения консультации предоставляет врачу информацию об установленных диагнозах, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, ухудшении состояния здоровья после проведенной вакцинации, пересылает врачу скан-копии необходимых медицинских документов, сертификата о проведенной вакцинации (при наличии) с использованием сервиса онлайн-консультаций через Личный кабинет Застрахованного лица.

5.7. Во время проведения телемедицинской онлайн-консультации, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, врач информирует Застрахованное лицо 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.

5.8. Застрахованному лицу предоставляются телемедицинские онлайн-консультации по всем медицинским вопросам, непосредственно связанным с личностью Застрахованного лица, за исключением:

5.8.1. вопросов, по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Застрахованным лицом дистанционным способом;

5.8.2. вопросов, для которых необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров, анализов и пр.) при ее отсутствии.

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

5.10. Услуги в форме срочной телемедицинской консультации дежурным врачом могут оказываться Застрахованному лицу круглосуточно.

5.11. Услуги в форме плановых телемедицинских онлайн-консультаций Застрахованного лица профильным врачом-специалистом осуществляются врачом в режиме работы медицинской организации по предварительной записи. При этом если Застрахованное лицо произвело запись на плановую консультацию, но не воспользовалось ею и заранее (не менее чем за 12 часов до консультации) не отменило ее, то плановая консультация и услуга считается оказанной.

5.12. Услуги в форме телемедицинских онлайн-консультаций оказываются врачами, сотрудниками медицинских организаций с соблюдением норм действующего законодательства и с учетом специфики оказания услуг дистанционным способом.

## **6. Исполнение обязательства по оплате безусловной франшизы по амбулаторно-поликлинической помощи**

6.1. Страховщик посредством Личного кабинета Застрахованного лица предоставляет информацию о медицинских услугах, организованных и предоставленных Застрахованному лицу, предусмотренных п. 2.2.1.1 Программы, стоимость которых Застрахованному лицу требуется возместить Страховщику в размере Безусловной франшизы, предусмотренной п. 11.3 Договора.

6.2. Страховщик оплачивает медицинские услуги из числа предусмотренных п. 2.2.1.1 Программы, согласно счетам медицинского учреждения, в полном объеме с последующим возмещением Застрахованным лицом Страховщику той части оплаты медицинских услуг, которая соответствует размеру Безусловной франшизы по Договору.

6.3. По распоряжению Страховщика производится безакцептное списание средств со счета банковской карты, зарегистрированной в Личном кабинете Застрахованного лица, в размере Безусловной франшизы. В случае регистрации нескольких банковских карт списание производится с первой зарегистрированной банковской 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.

6.4. В случае отсутствия достаточных средств на счете банковской карты для возмещения Страховщику части стоимости оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг в размере Безусловной франшизы, Страховщик направляет через Личный кабинет Застрахованного лица первичное уведомление об этом.

6.5. В течение 10 календарных дней со дня получения от Страховщика первичного уведомления Застрахованное лицо обязано обеспечить наличие на счете банковской карты денежных средств, необходимых для возмещения Страховщику части стоимости оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг в размере Безусловной франшизы, или зарегистрировать дополнительную банковскую карту с достаточной суммой средств.

6.6. Если в течение 10 календарных дней после направления Страховщиком первичного уведомления, Застрахованным лицом не обеспечено наличие необходимых средств на счете банковской карты (первично зарегистрированной или дополнительной), Страховщик через Личный кабинет Застрахованного лица направляет повторное уведомление. Застрахованное лицо обязано обеспечить наличие необходимых средств в течение 5 календарных дней после направления Страховщиком повторного уведомления.

6.7. При неисполнении Застрахованным лицом обязательств по возмещению Страховщику части стоимости оказанных Застрахованному лицу услуг в размере Безусловной франшизы в течение 5 календарных дней с момента направления повторного уведомления, с 6-го календарного дня с даты направления повторного уведомления Застрахованному лицу, оказание медицинских услуг Застрахованному лицу, предусмотренных п. 2.2.1.1 настоящей Программы (при оплате которых предусмотрена Безусловная франшиза), прекращается в связи с неисполнением обязательств по возмещению Безусловной франшизы с направлением соответствующего уведомления Застрахованному лицу.

6.8. Если срок действия Договора не истек, то в случае погашения Застрахованным лицом задолженности в срок, не превышающий 30 календарных дней с даты направления первичного уведомления Застрахованному лицу, страхование в части организации и оказания медицинских услуг, указанных в п. 2.2.1.1 Программы (по которым Договором предусмотрена Безусловная франшиза), возобновляется с 10-го календарного дня с даты погашения задолженности в полном объеме.

6.9. При неисполнении Застрахованным лицом обязательств по возмещению Страховщику части стоимости оказанных медицинских услуг из числа предусмотренных п. 2.2.1.1 Программы в размере Безусловной франшизы, Страховщик вправе обратиться в суд в целях взыскания указанной в уведомлении суммы и суммы образовавшейся задолженности.

## **7. Порядок заключения и прекращения договора страхования**

7.1. Договор заключается в письменной форме путем акцепта Страхователем Договора, подписанного Страховщиком, включая Памятку получателю страховых услуг и настоящую Программу. Акцептом Договора в соответствии со ст. 438 Гражданского кодекса Российской Федерации является уплата Страхователем страховой премии в размере и срок, установленные Договором.

7.2. Если будет установлено, что Договор заключен в пользу Застрахованного лица, указанного в п. 1.4 настоящей Программы, Страховщик вправе потребовать признание Договора недействительным, и применения последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 Гражданского кодекса Российской Федерации. В данном случае Страхователь имеет право на возврат страховой премии в полном объеме.



7.3. При утрате Страхователем (Застрахованным лицом) страховых документов, указанных в п. 7.1 настоящей Программы, Страхователь (Застрахованное лицо) должен в письменной форме обратиться к Страховщику для получения дубликата, после чего утраченный экземпляр считается не имеющим юридической силы с момента подачи заявления Страхователя (Застрахованного лица).

7.4. Договор прекращает свое действие в случаях:

7.4.1. исполнения Страховщиком обязательств по Договору в полном объеме;

7.4.2. прекращения действия Договора по решению суда;

7.4.3. в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

7.5. Договор может быть расторгнут досрочно по соглашению сторон.

7.6. Страхователь имеет право отказаться от Договора в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

7.7. При отказе Страхователя от Договора 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.

7.7.1. Для отказа от Договора с условием возврата страховой премии в соответствии с п. 7.7 настоящей Программы Страхователю необходимо в течение Периода охлаждения предоставить Страховщику письменное заявление об отказе от Договора, собственноручно подписанное Страхователем, с указанием банковских реквизитов (при возврате страховой премии путем безналичных расчетов), документ, удостоверяющий личность Страхователя (при обращении в офис), копию документа, удостоверяющего личность Страхователя (при направлении указанного пакета документов Страховщику средствами почтовой связи).

7.7.2. Документация, предусмотренная п. 7.7.1 настоящей Программы, может быть предоставлена Страхователем путем ее вручения Страховщику (при обращении Страхователя в офисы Страховщика, адреса которых можно узнать на сайте Страховщика по адресу <https://www.sogaz.ru/sogaz/about/filials/>) либо путем ее отправки через организацию почтовой связи Страховщику.

7.7.3. Договор прекращает свое действие с начала срока страхования.

7.7.4. Возврат Страховщиком уплаченной страховой премии производится по выбору Страхователя способом, указанным Страхователем в заявлении об отказе от Договора (наличными денежными средствами или в порядке безналичных расчетов), в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора.

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

7.9. Для отказа от Договора в соответствии с п. 7.8 настоящей Программы Страхователю необходимо предоставить Страховщику письменное заявление об отказе от Договора, собственноручно подписанное Страхователем, документ, удостоверяющий личность Страхователя (при обращении в офис Страховщика), копию документа, удостоверяющего

личность Страхователя (при направлении указанного пакета документов Страховщику средствами почтовой связи).

7.10. Договор 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.

## 8. Права и обязанности сторон

8.1. Страховщик обязан:

8.1.1. организовать и оплатить оказанные Застрахованному лицу медицинские и(или) иные услуги, предусмотренные Программой;

8.1.2. контролировать объем, сроки и качество организованной им медицинской помощи.

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

8.3. Страхователь имеет право:

8.3.1. требовать от Страховщика организации оказания медицинских услуг и(или) их оплаты в соответствии с условиями Договора;

8.3.2. отказаться от Договора в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай, письменно уведомив об этом Страховщика.

8.4. Страхователь обязан:

8.4.1. при акцепте Договора предоставить Страховщику необходимую достоверную информацию, касающуюся Застрахованного лица;

8.4.2. оплатить страховую премию в порядке и размере, предусмотренном Договором.

8.5. Застрахованное лицо обязано:

8.5.1. соблюдать порядок получения медицинских и(или) иных услуг, предусмотренных Программой;

8.5.2. своевременно и в полном объеме исполнить обязательство по возмещению Страховщику той части оплаты медицинских услуг, которая соответствует размеру Безусловной франшизы по Договору;

8.5.3. не передавать Договор другим лицам с целью получения ими медицинских и(или) иных услуг, предусмотренных Договором.

8.6. В период действия Договора Застрахованное лицо вправе обратиться к Страховщику за информацией, необходимой для реализации своих прав по Договору.

## 9. Порядок разрешения споров

9.1. Споры, возникающие по Договору, разрешаются в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

9.2. 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 Российской Федерации о финансовом уполномоченном.

## Программа добровольного медицинского страхования «4»

(в редакции от 08.12.2021)

Программа добровольного медицинского страхования «4» в редакции от 08.12.2021 (далее – Программа) составлена в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования граждан АО «СОГАЗ» в редакции от 22 июля 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](https://www.sogaz.ru/upload/iblock/f12/003_pravila-dobrovolnogo-meditsinskogo-strakhovaniya-grazhdan-ot-22.07.2019_tarify-ot-30.06.2020.pdf).

### 1. Общие положения

1.1. В случае если положения Договора страхования (Полиса) (далее – Договор) и настоящей Программы отличаются от положений Правил, применяются положения, изложенные в Договоре и/или в настоящей Программе.

#### 1.2. Термины и определения:

1.2.1. 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.

1.2.2. Иные организации – имеющие договорные отношения со Страховщиком организации, которые по поручению Страховщика обеспечивают организацию Застрахованным лицам иных услуг, предусмотренных Договором.

1.2.3. Медицинская помощь – первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь, оказываемая в рамках Договора в соответствии с Программой.

1.2.4. 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. Договором предусмотрено оказание медицинских услуг с применением телемедицинских технологий в форме дистанционных (телемедицинских) онлайн-консультаций в порядке, предусмотренном Программой.

1.2.5. 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.

1.2.6. 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 от Договора в течение периода охлаждения, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в порядке, предусмотренном п. 7.7 настоящей Программы. Продолжительность периода охлаждения – 14 (четырнадцать) календарных дней с даты заключения Договора.

1.2.7. Временная франшиза – период времени, равный 14 календарным дням с даты начала срока страхования, указанного в п. 10.3 Договора, в течение которого обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию для полу-

чения медицинских услуг, предусмотренных п. 2.2 настоящей Программы, не является страховым случаем.

1.2.8. Безусловная франшиза – невозмещаемая Страховщиком часть стоимости услуг, предусмотренных п. 2.2.1.1 Программы, в размере 50% от стоимости оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг. Порядок исполнения обязательств Сторон в части, касающейся безусловной франшизы, отражен в разделе 6 настоящей Программы.

1.3. 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, в порядке и на условиях, указанных в Договоре и Программе.

1.4. По условиям настоящей Программы и Договора на страхование не принимаются лица:

1.4.1. младше 18 лет или старше 61 года на дату начала действия страхования по Договору. Договор, заключенный в отношении Застрахованного лица, которому в течение срока действия Договора исполнится 61 год, продолжает действовать до истечения срока его действия;

1.4.2. находящиеся в местах лишения свободы.

1.5. Лицам, изъявляющим желание заключить Договор в отношении страхования, не соответствующего требованиям п. 1.4 Программы, могут быть предложены индивидуальные условия страхования, включая страховую премию, после обращения в офис к Страховщику и заполнения заявления на страхование с учетом предусмотренного ст. 945 Гражданского кодекса Российской Федерации права Страховщика на оценку страхового риска.

1.6. Страховым случаем является:

1.6.1. Обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования по Договору в медицинскую организацию из числа согласованных Страховщиком для организации и оказания Застрахованному лицу дистанционных (телемедицинских) онлайн-консультаций, предусмотренных п. 2.1 Программы, по поводу расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих их оказания;

1.6.2. Обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования по Договору (кроме периода временной франшизы согласно п. 1.2.7 настоящей Программы) в медицинскую организацию из числа согласованных Страховщиком для организации и оказания Застрахованному лицу медицинских услуг, предусмотренных п. 2.2 Программы, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих их оказания, а также для проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их;

1.6.3. Возникновение в течение срока действия страхования по Договору необходимости организации и оказания иных услуг, предусмотренных п. 2.3 Программы, вследствие расстройств здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих их оказания.

1.7. 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.

1.8. Медицинские и иные услуги:

1.8.1. оказываются Застрахованному лицу при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Правилами, Договором и настоящей Программой;

1.8.2. медицинские услуги, предусмотренные п. 2.2.1.1 Программы, оказываются Застрахованному лицу только по направлению врача, полученному по результатам телемедицинской онлайн-консультации в рамках настоящей Программы;

1.8.3. медицинские услуги, предусмотренные п. 2.2.1.1 Программы, оказываются Застрахованному лицу после диагностирования у него в течение срока страхования заболевания коронавирусной инфекцией (COVID-19) в любой форме;

1.8.4. медицинские услуги, предусмотренные п. 2.2.1.2 Программы, оказываются Застрахованному лицу, после диагностирования у него в течение срока страхования заболевания пневмонией (в среднетяжелой, тяжелой и крайне тяжелой форме течения (дыхательная недостаточность степени от 2+), в том числе вызванной коронавирусной инфекцией (COVID-19), повлекшей стационарное лечение;

1.8.5. помощь на дому, предусмотренная п. 2.2.2 Программы, оказывается Застрахованному лицу после проведения телемедицинской онлайн-консультации.

1.9. Организация медицинской помощи по п. 2.2.1.2 Программы осуществляется при обращении Застрахованного лица к Страховщику в течение 30 календарных дней после выздоровления и не позднее 14 календарных дней до даты окончания срока страхования (п. 10.3 Договора). Под выздоровлением понимается завершение лечения заболевания, указанного в п. 1.8.4 Программы, подтвержденное документами из амбулаторно-поликлинического учреждения (врачебное заключение, выписка из медицинской карты), в которое Застрахованное лицо было направлено после завершения стационарного лечения, а также закрытым листком нетрудоспособности для работающих Застрахованных лиц.

1.9.1. Для организации медицинской помощи, предусмотренной п. 2.2.1.2 настоящей Программы, Застрахованному лицу необходимо предоставить выписку из карты амбулаторного больного и стационарного больного с указанием развернутого диагноза (в т.ч. с указанием степени тяжести заболевания и осложнений), результатов проведенных лабораторных исследований (МАНК, серологические, иммунологические и др.) и инструментальных исследований (пульсоксиметрии, рентгенологических исследований включая компьютерную томографию органов грудной клетки и др.), иных обследований и проведенного лечения.

1.10. Территория оказания услуг:

1.10.1. Медицинские услуги, предусмотренные п. 2.1 Программы, оказываются Застрахованному лицу, находящемуся на территории Российской Федерации и/или за рубежом, медицинскими организациями, находящимися на территории Российской Федерации;

1.10.2. Медицинские услуги, предусмотренные п. 2.2 Программы, оказываются Застрахованному лицу, находящемуся на территории Российской Федерации, медицинскими организациями, находящимися на территории Российской Федерации;

1.10.3. Иные услуги, предусмотренные п. 2.3 Программы, оказываются Застрахованному лицу, находящемуся на территории Российской Федерации иными организациями, находящимися на территории Российской Федерации.

1.11. Страховая выплата за оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги по Договору производится в медицинскую организацию или иную организацию в порядке, в сроки и по расценкам, предусмотренным договором, заключенным между Страховщиком и медицинской или иной организацией. Страховщик не производит возмещение фактических

расходов Застрахованного лица на самостоятельную оплату им медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой.

1.12. Все заявления и извещения, которые делают друг другу стороны Договора, должны производиться в соответствии с п. 12.3 Договора.

1.12.1. Гражданско-правовые последствия, связанные с направлением Страховщиком в адрес Страхователя заявлений и извещений в соответствии с п. 12.3 Договора (далее – Письма), считаются наступившими для Страхователя с момента, указанного в тексте Письма, а если данный момент не указан – с момента доставки Письма Страховщика в адрес Страхователя.

1.12.2. При направлении Писем Страхователю по адресу электронной почты, указанному в разделе 2 Договора, Письма направляются Страховщиком с адреса электронной почты Страховщика (работника Страховщика), имеющего формат: имя@sogaz.ru, с уведомлением о доставке и считаются доставленными/полученными Страхователем с даты получения Страховщиком отчета о доставке электронного сообщения, либо, при отсутствии отчета о доставке электронного сообщения, – в рабочий день, следующий за датой направления Письма по адресу электронной почты.

1.12.3. При направлении Писем Страхователю в виде смс-сообщения или сообщения через мессенджер по телефону, указанному в разделе 2 Договора, Письма могут считаться доставленными/полученными Страхователем по истечении 24 часов с момента отправки Страховщиком смс-сообщения или сообщения через мессенджер по телефону.

1.12.4. При направлении Писем Страхователю через Личный кабинет на сайте Страховщика или в мобильном приложении «СОГАЗ-здоровье и страхование» указанные Письма считаются доставленными/полученными Страхователем с момента размещения указанных Писем в Личном кабинете.

1.12.5. В случае изменения адреса электронной почты, номера телефона (далее – контактные данные) Страхователя он обязан в течение 5 (пяти) рабочих дней письменно известить об этом Страховщика. Если Страховщик не был извещен об изменении контактных данных заблаговременно, то риск неполучения направленных Страховщиком Писем несет Страхователь.

1.12.6. Информация об адресе электронной почты, номере телефона, представленная Страхователем при оформлении Договора, считается актуальной до момента получения Страховщиком информации об их изменении. При наличии нескольких отличающихся контактных данных Страхователя, по которым от Страхователя не поступало сообщения об их неактуальности, выбор контактных данных для отправки Писем осуществляет Страховщик.

## **2. Объем услуг, предоставляемый в рамках программы**

2.1. **Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации** (далее – телемедицинские онлайн-консультации), проводимые врачами-консультантами медицинских организаций, а именно:

2.1.1. плановые телемедицинские онлайн-консультации профильного врача-специалиста по предварительной записи по вопросам, связанным с вакцинацией от коронавирусной инфекции COVID-19 (в том числе консультации по вопросам о подготовке, показаниях и противопоказаниях к вакцинации, составе вакцин, возможных реакциях организма на введение вакцины, возможных осложнениях после вакцинации и т.д.) с предоставлением письменного заключения с рекомендациями по результатам телемедицинской онлайн-консультации – без ограничений количества консультаций в течение срока действия страхования по Договору;

2.1.2. срочные телемедицинские онлайн-консультации дежурным врачом без предварительной записи (в том числе консультации по вопросам, связанным с коронавирусной инфекцией COVID-19) с предоставлением письменного заключения с рекомендациями по результатам телемедицинской онлайн-консультации – без ограничений количества консультаций в течение срока действия страхования по Договору;

2.1.3. плановые телемедицинские онлайн-консультации профильного врача-специалиста по предварительной записи с предоставлением письменного заключения с рекомендациями по результатам телемедицинской онлайн-консультации – без

ограничений количества консультаций в течение срока действия страхования по Договору.

## 2.2. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание. Помощь на дому.

2.2.1. **Амбулаторно-поликлиническое обслуживание** Застрахованного лица по направлению врача, полученному по результатам телемедицинской онлайн-консультации в рамках настоящей Программы, в медицинских организациях, и включающее в себя:

2.2.1.1. **Лабораторные исследования** (проводятся в сети лабораторий по направлению Страховщика, выданному на основании письменной рекомендации врача по результатам телемедицинской онлайн-консультации, с учетом безусловной франшизы в размере 50% от стоимости исследования и с учетом п. 1.8.3 Программы):

2.2.1.1.1. Комплекс лабораторных исследований – однократно;  
2.2.1.1.2. Исследование на антитела к коронавирусной инфекции COVID-19 (иммуноглобулин IgG) – однократно.

2.2.1.2. **Консультации и манипуляции врачей, функциональная диагностика, физиотерапевтическое и восстановительное лечение с учетом положений п. 1.8.4, п. 1.9 настоящей Программы:**

2.2.1.2.1. **Консультации и манипуляции врачей** по специальности: пульмонология, терапия, физиотерапия, лечебная физкультура в объемах:

Консультации и манипуляции врачей по специальности:	Ограничения объема услуг, предусмотренные в рамках обслуживания по настоящей Программе
Общая врачебная практика (семейная медицина)/ Терапия	2 (первичный прием и прием после завершения назначенных процедур)
По направлению врача-терапевта:	
Физиотерапии/восстановительной медицине	1
Лечебной физкультуре	1
Пульмонологии	1

2.2.1.2.2. **Инструментальные исследования:** функциональная диагностика – электрокардиография (ЭКГ), исследование функции внешнего дыхания (спирография), в том числе с нагрузкой или провокацией, пульсоксиметрия в объемах:

Исследования	Ограничения объема услуг, предусмотренные в рамках обслуживания по настоящей Программе
Исследование функции внешнего дыхания (спирография), в том числе с нагрузкой или провокацией	2 (1 в начале и 1 по направлению врача-терапевта по завершении курса реабилитации)
Пульсоксиметрия	2
Электрокардиография (ЭКГ)	1

2.2.1.2.3. **Физиотерапевтическое лечение** (в отделении физиотерапии): лазеротерапия, электротерапия, магнитотерапия, светолечение, ультразвуковая терапия, фонофорез, ингаляции в объемах:

Манипуляции	Ограничения объема услуг, предусмотренные в рамках обслуживания по настоящей Программе
Лазеротерапия	Не более 10 сеансов суммарно, одним или несколькими методами
Электротерапия	
Магнитотерапия	
Светолечение	
Ультразвуковая терапия	
Фонофорез	Не более 5 сеансов
Ингаляции	

2.2.1.2.4. **Восстановительное лечение:** групповая лечебная физкультура в объемах:

Восстановительное лечение	Ограничение объема услуг, предусмотренные в рамках обслуживания по настоящей Программе
Групповая лечебная физкультура	Не более 5 сеансов

2.2.1.2.5. **Медикаментозное обеспечение** лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, необходимыми при выполнении процедур и манипуляций на приеме у врача при предоставлении их медицинской организацией.

2.2.2. **Помощь на дому** предоставляется: для г. Москвы – в пределах 30 км от МКАД, для г. Санкт-Петербурга – в пределах 30 км от КАД, в других регионах – в пределах административных границ территорий населенных пунктов, при наличии в населенном пункте медицинских организаций, предоставляющих такую услугу.

Оказание Помощи на дому доступно в течение 7 (семи) календарных дней с момента введения в течение срока действия страхования по Договору (но не позднее 7 (семи) календарных дней до окончания срока действия страхования по Договору) вакцины / каждого из компонентов вакцины от коронавирусной инфекции COVID-19.

Необходимость помощи на дому определяется врачом по результатам телемедицинской онлайн-консультации.

Помощь на дому предоставляется при выраженных симптомах ухудшения состояния здоровья Застрахованного лица после введения вакцины / компонента вакцины от коронавирусной инфекции COVID-19: подъем температуры выше 37,5 градусов, выраженной слабости, головокружении.

Помощь на дому включает в себя:

2.2.2.1. Консультации и манипуляции врача-терапевта / врача общей врачебной практики (семейной медицины) – не более 2(двух) раз в течение срока действия страхования по Договору;  
2.2.2.2. Забор материала для проведения экспресс-тестирования на наличие коронавирусной инфекции COVID-19 – только по медицинским показаниям.

2.2.2.3. Экспертиза нетрудоспособности.

### 2.3. Иные услуги:

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

## 3. Исключения по программе

3.1. **Заболевания/состояния, обращение по поводу которых не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком:**

3.1.1. ВИЧ-инфекция, СПИД, их осложнения;  
3.1.2. Психические заболевания и их осложнения, органические психические расстройства (включая симптоматические), алкоголизм, наркомания, токсикомания;  
3.1.3. Туберкулез, муковисцидоз независимо от клинической формы и стадии процесса.

3.2. **Не являются страховым случаем и не оплачиваются Страховщиком обращения Застрахованного лица в медицинскую организацию с целью получения:**

3.2.1. Услуг, оказанных без направления врача, полученного по результатам телемедицинской онлайн-консультации в рамках настоящей Программы;

3.2.2. Любых медицинских услуг, не предусмотренных настоящей Программой;

3.2.3. Услуг, предусмотренных п. 2.2.1.1 настоящей Программы, оказанных в связи с заболеванием, не предусмотренным п. 1.8.3 настоящей Программой;

3.2.4. Услуг, предусмотренных п. 2.2.1.2 настоящей Программы, оказанных в связи с заболеванием, не предусмотренным п. 1.8.4 настоящей Программой;

3.2.5. Услуг, предусмотренных п. 2.2.1.1 настоящей Программы, связанных с лечением заболевания, предусмотренного

п. 1.8.3 настоящей Программы, диагностированного до начала срока действия Договора;

3.2.6. Услуг, предусмотренных п. 2.2.1.2 настоящей Программы, связанных с лечением заболевания, предусмотренного п. 1.8.4 настоящей Программы, диагностированного до начала срока действия Договора;

3.2.7. Услуг, предусмотренных п. 2.2.2 настоящей Программы, предоставление которых не связано с ухудшением состояния здоровья Застрахованного лица вследствие введения вакцины / компонента вакцины от коронавирусной инфекции COVID-19;

3.2.8. Услуг, оказанных после окончания срока страхования по Договору;

3.2.9. Услуг, предусмотренных п. 2.2 настоящей Программы, оказанных в период действия временной франшизы;

3.2.10. Услуг скорой и неотложной помощи, любых видов стационарной, стоматологической помощи, иммунопрофилактики;

3.2.11. Услуг по забору анализов на дому, кроме прямо предусмотренных п. 2.2.2.2 настоящей Программой;

3.2.12. Услуг по оформлению медицинской документации: выписки из медицинской карты по форме 027/у, оформлению рецептов, посыльного листа на МСЭ, заключения предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования) по форме 003-П/у, справки на профессиональную пригодность (форма 086/у), санаторно-курортной карты (форма 072/у), справки в бассейн, фитнес-центр, спортивные секции, справки в ГИБДД (форма 083/у), справки для выезжающих за границу (форма 082/у), справки для получения путевок (форма 070/у), справки на госслужбу по форме 001-ГС/у, справки на оружие (форма 046-1);

3.2.13. Услуг, связанных с выдачей оригиналов и копий амбулаторных карт, оформлением выписок из них за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

3.2.14. Иных услуг в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

#### 4. Порядок предоставления услуг

4.1. Для получения телемедицинских онлайн-консультаций, предусмотренных п. 2.1 настоящей Программы:

4.1.1. Застрахованному лицу необходимо зарегистрироваться и идентифицироваться в Личном кабинете мобильного приложения «СОГАЗ – здоровье и страхование» (далее – мобильное приложение), предварительно загрузив и установив его на свое мобильное устройство.

4.1.2. Вход в Личный кабинет мобильного приложения осуществляется авторизованным Застрахованным лицом на основании персональных идентификационных данных, указываемых при регистрации и последующих входах в Личный кабинет мобильного приложения.

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

4.2. Для получения медицинских услуг, предусмотренных п. 2.2.1.1 настоящей Программы, Застрахованному лицу необходимо:

4.2.1. Зарегистрировать в Личном кабинете мобильного приложения банковскую карту, указав ее реквизиты в системе интернет-эквайринга, в целях организации списания денежных средств в размере предусмотренной п. 11.3 Договора Безусловной франшизы и предоставить согласие Застрахованного лица на исполнение обязательств в рамках Программы путем акцепта в Личном кабинете Застрахованного лица <https://lk.sogaz.ru>.

4.2.2. Не ранее чем через 24 часа с момента регистрации банковской карты в Личном кабинете мобильного приложения, в соответствии с п. 4.2.1 настоящей Программы, у Застрахованного лица появится возможность произвести запись или обратиться в медицинскую организацию, согласованную во время проведения телемедицинской онлайн-консультации, для получения медицинских услуг, предусмотренных п. 2.2.1.1 Программы, в амбулаторно-поликлинических условиях.

4.3. Обязательным условием для организации медицинской помощи, предусмотренной п. 2.2.1.2 настоящей Программы, является предоставление Страховщику:

4.3.1. документа, удостоверяющего личность;

4.3.2. документов, предусмотренных п. 1.9 настоящей Программы.

4.3.3. Страховщик направляет Застрахованное лицо в медицинскую организацию для прохождения исследований (исследование функции внешнего дыхания, пульсоксиметрия, ЭКГ) и консультации врача с целью определения индивидуальной программы восстановительного лечения.

4.4. Для записи в медицинскую организацию и получения медицинских услуг, предусмотренных п. 2.2.1 настоящей Программы, на основании письменной рекомендации врача, полученной по результатам телемедицинской онлайн-консультации в рамках настоящей Программы, а также при необходимости получения помощи на дому, предусмотренной п. 2.2.2 настоящей Программы по результатам телемедицинской онлайн-консультации, Застрахованному лицу необходимо обратиться к Страховщику через круглосуточный федеральный медицинский контактный центр АО «СОГАЗ» по телефону 8-800-250-29-06;

4.4.1. При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо должно предъявить документ, удостоверяющий личность.

4.4.2. Медицинские услуги оказываются Застрахованному лицу в режиме работы медицинской организации, в соответствии с ранее произведенной записью на прием или услугу.

#### 5. Условия предоставления услуг телемедицинских онлайн-консультаций

5.1. Телемедицинские онлайн-консультации в рамках настоящей Программы осуществляются с использованием мобильного устройства Застрахованного лица, с установленным на нем мобильным приложением (в дальнейшем – оборудование), соответствующего следующим техническим требованиям к установленной на нем операционной системе:

– iOS 8.0 или более поздняя версия;

– Android 4.1 или более поздняя версия.

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

5.3. Информация о медицинских организациях и врачах, предоставляющих медицинские услуги с использованием телемедицинских технологий, их профессиональном образовании, квалификации размещена в мобильном приложении.

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

5.4.1. с использованием видеосвязи;

5.4.2. с использованием аудиосвязи;

5.4.3. путем обмена сообщениями и файлами.

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

5.6. Застрахованное лицо во время проведения консультации предоставляет врачу информацию об установленных диагнозах, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, ухудшении состояния здоровья после проведенной вакцинации, пересылает врачу скан-копии необходимых медицинских документов, сертификата о проведенной вакцинации (при наличии) с использованием сервиса онлайн-консультаций через Личный кабинет Застрахованного лица.

5.7. Во время проведения телемедицинской онлайн-консультации, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, врач информирует Застрахованное лицо 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.

5.8. Застрахованному лицу предоставляются телемедицинские онлайн-консультации по всем медицинским вопросам,

непосредственно связанным с личностью Застрахованного лица, за исключением:

5.8.1. вопросов, по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Застрахованным лицом дистанционным способом;

5.8.2. вопросов, для которых необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров, анализов и пр.) при ее отсутствии.

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

5.10. Услуги в форме срочной телемедицинской консультации дежурным врачом могут оказываться Застрахованному лицу круглосуточно.

5.11. Услуги в форме плановых телемедицинских онлайн-консультаций Застрахованного лица профильным врачом-специалистом осуществляются врачом в режиме работы медицинской организации по предварительной записи. При этом если Застрахованное лицо произвело запись на плановую консультацию, но не воспользовалось ею и заранее (не менее чем за 12 часов до консультации) не отменило ее, то плановая консультация и услуга считается оказанной.

5.12. Услуги в форме телемедицинских онлайн-консультаций оказываются врачами, сотрудниками медицинских организаций с соблюдением норм действующего законодательства и с учетом специфики оказания услуг дистанционным способом.

## **6. Исполнение обязательства по оплате безусловной франшизы по амбулаторно-поликлинической помощи**

6.1. Страховщик посредством Личного кабинета Застрахованного лица предоставляет информацию о медицинских услугах, организованных и предоставленных Застрахованному лицу, предусмотренных п. 2.2.1.1 Программы, стоимость которых Застрахованному лицу требуется возместить Страховщику в размере Безусловной франшизы, предусмотренной п. 11.3 Договора.

6.2. Страховщик оплачивает медицинские услуги из числа предусмотренных п. 2.2.1.1 Программы, согласно счетам медицинского учреждения, в полном объеме с последующим возмещением Застрахованным лицом Страховщику той части оплаты медицинских услуг, которая соответствует размеру Безусловной франшизы по Договору.

6.3. По распоряжению Страховщика производится безакцептное списание средств со счета банковской карты, зарегистрированной в Личном кабинете Застрахованного лица, в размере Безусловной франшизы. В случае регистрации нескольких банковских карт списание производится с первой зарегистрированной банковской 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.

6.4. В случае отсутствия достаточных средств на счете банковской карты для возмещения Страховщику части стоимости оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг в размере Безусловной франшизы, Страховщик направляет через Личный кабинет Застрахованного лица первичное уведомление об этом.

6.5. 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 возмещения Страховщику части стоимости оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг в размере Безусловной франшизы размере или зарегистрировать дополнительную банковскую карту с достаточной суммой средств.

6.6. Если в течение 10 календарных дней после направления Страховщиком первичного уведомления, Застрахованным лицом не обеспечено наличие необходимых средств на счете банковской карты (первично зарегистрированной или дополнительной), Страховщик через Личный кабинет Застрахованного лица направляет повторное уведомление. Застрахованное лицо обязано обеспечить наличие необходимых средств в

течение 5 календарных дней после направления Страховщиком повторного уведомления.

6.7. При неисполнении Застрахованным лицом обязательств по возмещению Страховщику части стоимости оказанных Застрахованному лицу услуг в размере Безусловной франшизы в течение 5 календарных дней с момента направления повторного уведомления, с 6-го календарного дня с даты направления повторного уведомления Застрахованному лицу, оказание медицинских услуг Застрахованному лицу, предусмотренных п. 2.2.1.1 настоящей Программы (при оплате которых предусмотрена Безусловная франшиза), прекращается в связи с неисполнением обязательств по возмещению Безусловной франшизы с направлением соответствующего уведомления Застрахованному лицу.

6.8. Если срок действия Договора не истек, то в случае погашения Застрахованным лицом задолженности в срок, не превышающий 30 календарных дней с даты направления первичного уведомления Застрахованному лицу, страхование в части организации и оказания медицинских услуг, указанных в п. 2.2.1.1 Программы (по которым Договором предусмотрена Безусловная франшиза), возобновляется с 10-го календарного дня с даты погашения задолженности в полном объеме.

6.9. При неисполнении Застрахованным лицом обязательств по возмещению Страховщику части стоимости оказанных медицинских услуг из числа предусмотренных п. 2.2.1.1 Программы в размере Безусловной франшизы, Страховщик вправе обратиться в суд в целях взыскания указанной в уведомлении суммы и суммы образовавшейся задолженности.

## **7. Порядок заключения и прекращения договора страхования**

7.1. Договор страхования заключается в письменной форме путем акцепта Страхователем Договора, подписанного Страховщиком, включая Памятку получателю страховых услуг и настоящую Программу. Акцептом Договора в соответствии со ст. 438 Гражданского кодекса Российской Федерации является уплата Страхователем страховой премии в размере и срок, установленные Договором.

7.2. Если будет установлено, что Договор заключен в пользу Застрахованного лица, указанного в п. 1.4 настоящей Программы, Страховщик вправе потребовать признание Договора недействительным, и применения последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 Гражданского кодекса Российской Федерации. В данном случае Страхователь имеет право на возврат страховой премии в полном объеме.

7.3. При утрате Страхователем (Застрахованным лицом) страховых документов, указанных в п. 7.1 настоящей Программы, Страхователь (Застрахованное лицо) должен в письменной форме обратиться к Страховщику для получения дубликата, после чего утраченный экземпляр считается не имеющим юридической силы с момента подачи заявления Страхователя (Застрахованного лица).

7.4. Договор прекращает свое действие в случаях:

7.4.1. исполнения Страховщиком обязательств по Договору в полном объеме;

7.4.2. прекращения действия Договора по решению суда;

7.4.3. в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

7.5. Договор может быть расторгнут досрочно по соглашению сторон.

7.6. Страхователь имеет право отказаться от Договора в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

7.7. При отказе Страхователя от Договора 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.

7.7.1. Для отказа от Договора с условием возврата страховой премии в соответствии с п. 7.7 настоящей Программы Страхователю необходимо в течение Периода охлаждения представить Страховщику письменное заявление об отказе от Договора, собственноручно подписанное Страхователем, с указанием банковских реквизитов (при возврате страховой премии путем безналичных расчетов), документ, удостове-

ряющий личность Страхователя (при обращении в офис), копию документа, удостоверяющего личность Страхователя (при направлении указанного пакета документов Страховщику средствами почтовой связи).

7.7.2. Документация, предусмотренная п. 7.7.1 настоящей Программы, может быть предоставлена Страхователем путем ее вручения Страховщику (при обращении Страхователя в офисы Страховщика, адреса которых можно узнать на сайте Страховщика по адресу <https://www.sogaz.ru/sogaz/about/filials/>) либо путем ее отправки через организацию почтовой связи Страховщику.

7.7.3. Договор прекращает свое действие с начала срока страхования.

7.7.4. Возврат Страховщиком уплаченной страховой премии производится по выбору Страхователя способом, указанным Страхователем в заявлении об отказе от Договора (наличными денежными средствами или в порядке безналичных расчетов), в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора.

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

7.9. Для отказа от Договора в соответствии с п. 7.8 настоящей Программы Страхователю необходимо предоставить Страховщику письменное заявление об отказе от Договора, собственноручно подписанное Страхователем, документ, удостоверяющий личность Страхователя (при обращении в офис Страховщика), копию документа, удостоверяющего личность Страхователя (при направлении указанного пакета документов Страховщику средствами почтовой связи).

7.10. Договор 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.

## **8. Права и обязанности сторон**

8.1. Страховщик обязан:

8.1.1. организовать и оплатить оказанные Застрахованному лицу медицинские и(или) иные услуги, предусмотренные Программой;

8.1.2. контролировать объем, сроки и качество организованной им медицинской помощи.

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

8.3. Страхователь имеет право:

8.3.1. требовать от Страховщика организации оказания медицинских услуг и (или) их оплаты в соответствии с условиями Договора;

8.3.2. отказаться от Договора в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай, письменно уведомив об этом Страховщика.

8.4. Страхователь обязан:

8.4.1. при акцепте Договора предоставить Страховщику необходимую достоверную информацию, касающуюся Застрахованного лица;

8.4.2. оплатить страховую премию в порядке и размере, предусмотренном Договором.

8.5. Застрахованное лицо обязано:

8.5.1. соблюдать порядок получения медицинских и(или) иных услуг, предусмотренных Программой;

8.5.2. своевременно и в полном объеме исполнить обязательство по возмещению Страховщику той части оплаты медицинских услуг, которая соответствует размеру Безусловной франшизы по Договору;

8.5.3. не передавать Договор другим лицам с целью получения ими медицинских и(или) иных услуг, предусмотренных Договором.

8.6. В период действия Договора Застрахованное лицо вправе обратиться к Страховщику за информацией, необходимой для реализации своих прав по Договору.

## **9. Порядок разрешения споров**

9.1. Споры, возникающие по Договору, разрешаются в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

9.2. 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 Российской Федерации о финансовом уполномоченном.