

к Руководству
по заключению Договоров
добровольного медицинского
страхования по продукту
«ДМС для студентов»

Договор страхования (Полис) «ДМС для студентов»

№ _____

«__» _____ 20__ г.

Настоящий Договор страхования (Полис) (далее – Полис) заключен на основании устного заявления Страхователя в соответствии с Условиями страхования, прилагаемыми к настоящему Полису (далее – Условия, Приложение №1 к настоящему Полису), разработанными в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования граждан АО «СОГАЗ» в редакции от 22.07.2019 г. (далее – Правила), размещенные на сайте Страховщика по адресу: https://www.sogaz.ru/upload/iblock/206/003_pravila-dobrovolnogo-meditsinskogo-strakhovaniya-grazhdan-ot-22.07.2019.pdf, и Программой добровольного медицинского страхования «ДМС для студентов» (далее – Программа, Приложение №2 к настоящему Полису), являющимися неотъемлемыми частями настоящего Полиса.

1. СТРАХОВЩИК	Акционерное общество «Страховое общество газовой промышленности» (АО «СОГАЗ») <i>Лицензия СЛ №1208 от 05.08.2015 Телефон 8 800 250 29 06</i>		
2. СТРАХОВАТЕЛЬ (для иностранного гражданина или лица без гражданства: - ФИО - на русском языке и с помощью букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, удостоверяющем личность иностранного гражданина или лица без гражданства; - адрес места пребывания на территории РФ)	Фамилия, имя, отчество на русском языке		
	Фамилия, имя, отчество с помощью букв латинского алфавита		
			Дата рождения
	Место рождения		
	Гражданство	Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	
	Наименование документа, удостоверяющего личность		
	серия	№	Дата выдачи
	Кем выдан		
	Адрес проживания		
	Адрес места пребывания на территории РФ		
	Адрес электронной почты		Телефон
3. ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО (для иностранного гражданина или лица без гражданства: - ФИО - на русском языке и с помощью букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, удостоверяющем личность иностранного гражданина или лица без гражданства; - адрес места пребывания на территории РФ)	Фамилия, имя, отчество на русском языке		
	Фамилия, имя, отчество с помощью букв латинского алфавита		
			Дата рождения
	Место рождения		
	Гражданство	Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	
	наименование документа, удостоверяющего личность		
	серия	№	Дата выдачи
	Кем выдан		
	Адрес проживания		
	Адрес места пребывания на территории РФ		
	Адрес электронной почты		Телефон
4. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА	По заключенному между сторонами Полису Страховщик обязуется за обусловленную плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, при наступлении страхового случая организовать и оплатить предоставление Застрахованному лицу медицинских и иных услуг в соответствии с условиями Программы.		
5. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ	5.1. Обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования по настоящему Полису для организации и оказания Застрахованному лицу медицинских услуг в форме телемедицинских онлайн-		

	<p>консультаций, предусмотренных п. 3.1 Программы, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих их оказания.</p> <p>5.2. Обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования по настоящему Полису для оказания Застрахованному лицу медицинских услуг, предусмотренных п. 3.2 Программы, в медицинскую организацию, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих их оказания.</p> <p>5.3. Возникновение в течение срока действия страхования по настоящему Полису необходимости организации и оказания иных услуг, предусмотренных п. 3.3 Программы, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих их оказания.</p> <p>Перечень, объем медицинской помощи и иных услуг, а также условия их получения определяются Программой.</p>				
6. ПРОГРАММА	«ДМС для студентов»				
7. ОБЩАЯ СТРАХОВАЯ СУММА (РУБ.)					
7.1. СТРАХОВЫЕ СУММЫ по видам медицинской помощи (РУБ.)	Амбулаторно-поликлиническая помощь, включая дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации	Репатриация	Скорая медицинская помощь в неотложной и экстренная госпитализация	Неотложная стоматологическая помощь	Неотложная и плановая стоматологическая помощь
8. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (РУБ.)					
9. ПОРЯДОК УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ	<p>Единовременно.</p> <p>Дата (момент) уплаты страховой премии определяется в соответствии с п. 3 ст. 16.1 Закона РФ от 07.02.1992 N 2300-1 «О защите прав потребителей».</p>				
10. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ (ПОЛИСА), СРОК ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВАНИЯ	<p>10.1. Полис вступает в силу с момента уплаты страховой премии и действует в течение .</p> <p>10.2 Срок действия страхования: с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты страховой премии, до даты окончания срока действия Полиса.</p> <p>10.3. Страхование по настоящему Полису распространяется на страховые случаи, произошедшие в течение срока действия страхования (с учетом временной франшизы согласно п. 11 настоящего Полиса).</p>				
11. ФРАНШИЗА	<p>11.1. По настоящему Полису установлена временная франшиза: не подлежат оплате Страховщиком медицинские и иные услуги, обращение Застрахованного лица за получением которых произошло в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с даты начала срока действия страхования, указанной в п. 10.2 настоящего Полиса.</p>				
12. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ	<p>12.1. На основании ст. 438 соглашением Страхователя заключить настоящий Полис на предложенных Страховщиком условиях (акцептом) считается уплата страховой премии.</p> <p>12.2. Уплачивая страховую премию Страхователь:</p> <p>12.2.1. подтверждает свое согласие на заключение настоящего Полиса на условиях, указанных в настоящем Полисе, Условиях, Программе и Правилах;</p> <p>12.2.2. подтверждает, что до заключения настоящего Полиса был ознакомлен с Памяткой получателю страховых услуг» (Приложение № 3 к настоящему Полису), которая является неотъемлемой частью настоящего Полиса. Памятку получателю страховых услуг получил;</p> <p>12.2.3. подтверждает принятие настоящего Полиса, а также то, что ознакомлен с Программой, Правилами и Условиями, получил их и обязуется выполнять, а также согласен с получением Правил в электронной форме по ссылке на адрес их размещения, указанной в настоящем Полисе;</p> <p>12.2.4. подтверждает, что все лица, поименованные Страхователем в настоящем Полисе, включая себя, не являются лицами, указанным в подпункте 1 пункта 1 статьи 7.3 Федерального закона от 07.08.2001г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» (Иностранцами публичными должностными лицами, Должностными лицами публичной международной организации, Российскими публичными должностными лицами), а также, что при наличии изменений в сведениях о вышеуказанных лицах, включая себя, обязуется сообщить об этом в АО «СОГАЗ» в течение 5 (Пяти) рабочих дней со дня соответствующих изменений;</p> <p>12.2.5. обязуется довести до сведения Застрахованного лица содержание настоящего Полиса, Правил, Условий, Программы и Памятки получателю страховых услуг, являющихся Приложениями к настоящему Полису;</p> <p>12.2.6. подтверждает, что Застрахованное лицо на дату начала действия страхования по настоящему Полису:</p> <ul style="list-style-type: none"> • не является лицом младше 18 и старше 60 полных лет; • не находится в местах лишения свободы. <p>Лица, не соответствующие указанным выше существенным обстоятельствам, принимаются на страхование на индивидуальных условиях, включая страховую премию, в офисах Страховщика после заполнения Страхователем заявления на страхование с учетом предусмотренного ст. 945 Гражданского Кодекса Российской Федерации права Страховщика на оценку страхового риска.</p> <p>12.2.7. выражает согласие на обработку своих персональных данных, в том числе специальных категорий персональных данных (включая врачебную тайну), указанных в настоящем Полисе или полученных в процессе обслуживания настоящего Полиса, неавтоматизированным и автоматизированным способом (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение). Условием прекращения обработки персональных данных является расторжение настоящего Полиса и получение Страховщиком письменного уведомления от Страхователя об отзыве согласия на обработку его персональных данных. Согласие действует на период действия настоящего Полиса, и на протяжении 5 лет после его прекращения;</p> <p>12.3. Условия и порядок возврата страховой премии в случае отказа от настоящего Полиса:</p> <p>12.3.1. При отказе Страхователя от настоящего Полиса в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с даты его заключения (Период охлаждения) при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового</p>				

	<p>случая, в соответствии с Указанием Банка России от 20.11.2015 № 3854-У, страховая премия подлежит возврату Страховщиком в полном объеме.</p> <p>12.3.1.1. Для отказа от настоящего Полиса с условием возврата страховой премии в соответствии с п.12.3.1 настоящего Полиса, Страхователю необходимо в течение Периода охлаждения предоставить Страховщику заявление об отказе от настоящего Полиса, собственноручно подписанное Страхователем, документ, удостоверяющий личность Страхователя (при обращении в офис), и копию документа, удостоверяющего личность Страхователя (при направлении указанного пакета документов Страховщику средствами почтовой связи).</p> <p>12.3.1.2. Документация, предусмотренная п. 12.3.1.1 настоящего Полиса может быть предоставлена Страхователем путем его вручения Страховщику (при обращении Страхователя в офис Страховщика, адреса которых можно узнать на сайте Страховщика по адресу https://www.sogaz.ru/sogaz/about/filials/) либо путем его отправки через организацию почтовой связи Страховщику.</p> <p>12.3.1.3. Полис прекращает свое действие:</p> <p>12.3.1.3.1. с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Полиса и документации, предусмотренной 12.3.1.1 настоящего Полиса, поданных непосредственно в офис Страховщика;</p> <p>12.3.1.3.2. с даты передачи Страхователем письменного заявления об отказе от Полиса и документации предусмотренной п. 12.3.1.1 настоящего Полиса, в организацию почтовой связи для доставки в адрес Страховщика.</p> <p>12.3.1.4. Возврат Страховщиком страховой премии осуществляется не позднее 10 (десяти) рабочих дней с даты поступления соответствующего письменного заявления Страхователя об отказе от Полиса с указанным пакетом документов.</p> <p>12.3.2. При отказе Страхователя от настоящего Полиса по истечении установленного Указанием № 3854-У Периода охлаждения, уплаченная Страховщику страховая премия в соответствии со ст.958 Гражданского кодекса Российской Федерации не подлежит возврату.</p> <p>12.4. Стороны договорились, что все заявления и извещения, которые делают друг другу стороны настоящего Полиса, должны производиться в письменной форме способами, позволяющими объективно зафиксировать факт сообщения:</p> <p>12.4.1. в адрес Страховщика: по адресам Страховщика, указанным на интернет-странице Страховщика по адресу https://www.sogaz.ru/sogaz/about/filials/;</p> <p>12.4.2. в адрес Страхователя:</p> <ul style="list-style-type: none"> - СМС-уведомлением по контактному телефонному номеру Страхователя, указанному в п. 2 Полиса; - по электронному адресу Страхователя, указанному в п. 2 Полиса. <p>Если Страховщик не был извещен об изменении телефонного номера и/или адреса электронной почты Страхователя заблаговременно, то все сообщения, направленные по прежнему телефонному номеру и/или адресу электронной почты, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему телефонному номеру и/или адресу электронной почты.</p> <p>12.5. Предоставляемое при регистрации в Личном кабинете Застрахованного лица (https://lk.sogaz.ru) Согласие Застрахованного лица (законного представителя Застрахованного лица) на обработку персональных данных Застрахованного лица, в том числе персональных данных специальной категории (составляющих врачебную тайну), в объеме, необходимом для обслуживания Застрахованного лица в рамках настоящего Полиса, неавтоматизированным и автоматизированным способом (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение), оформляется путем проставления чек-боксов в Личном кабинете Застрахованного лица (https://lk.sogaz.ru) к форме Приложения № 4 к настоящему Полису. Приложение № 4 является неотъемлемой частью настоящего Полиса. Условием прекращения обработки персональных данных является расторжение Полиса и получение Страховщиком письменного уведомления от Застрахованного лица (законного представителя Застрахованного лица) об отзыве согласия на обработку его персональных данных. Согласие действует на период действия Полиса, и на протяжении 5 лет после его прекращения.</p> <p>12.6. Информирование Страхователя (Застрахованного лица или законного представителя Застрахованного лица) по его запросу о действиях, связанных с получением услуг, предусмотренных Программой, осуществляется в той же форме, в которой им был сделан запрос, либо в форме, указанной в запросе (устной, на бумажном носителе или электронной).</p> <p>12.7. В соответствии со статьей 160 ГК РФ Страхователь и Страховщик достигли соглашения о том, что факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного лица Страховщика и печати Страховщика с помощью средств механического и иного копирования на настоящем Полисе признается Страховщиком и Страхователем аналогом собственноручной подписи уполномоченного лица Страховщика и оригинала печати Страховщика.</p> <p>12.8. Страховая выплата за оказанные Застрахованному лицу медицинские услуги по настоящему Полису производится в медицинскую 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 (законного представителя Застрахованного лица), произведенных им самостоятельно на оплату медицинских услуг, предусмотренных по настоящему Полису.</p>
<p>13. ПРИЛОЖЕНИЯ, ЯВЛЯЮЩИЕСЯ НЕОТЪЕМЛЕМОЙ ЧАСТЬЮ НАСТОЯЩЕГО ПОЛИСА И ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ДЛЯ СТОРОН</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Условия страхования; 2. Программа добровольного медицинского страхования «ДМС для студентов» 3. Памятка получателю страховых услуг «ДМС для студентов». 4. Форма согласия на обработку персональных данных. 5. Правила добровольного медицинского страхования АО «СОГАЗ» в редакции 22.07.2019 г., размещенные на сайте Страховщика по адресу: https://www.sogaz.ru/upload/iblock/206/003_pravila-dobrovolnogo-meditsinskogo-strakhovaniya-grazhdan-ot-22.07.2019.pdf
<p>Страховщик Должность _____</p> <p style="text-align: center;">(Фамилия и инициалы)</p> <p>Доверенность № _____ от _____ Подпись: _____ М.П.</p>	