



**Памятка получателю страховых услуг по полису
«Доктор Лайк»
по добровольному медицинскому страхованию**

1. Способ и порядок подачи заявления о заключении Полиса страхования	1.1. Полис заключается на основании устного заявления Страхователя, которое может быть сделано в офисах продаж Страховщика или представителю Страховщика.
2. Документы, с которыми необходимо ознакомиться при заключении Полиса	<p>2.1. Полис «Доктор Лайк» (далее – Полис).</p> <p>2.2. Условия страхования (далее – Условия), Приложение № 1 к Полису.</p> <p>2.3. Программа добровольного медицинского страхования «Доктор Лайк» (далее – Программа), Приложение № 2 к Полису.</p> <p>2.4. Форма Согласие Застрахованного лица (законного представителя Застрахованного лица) на обработку персональных данных.</p> <p>2.5. Форма Согласие Застрахованного лица (законного представителя Застрахованного лица) на исполнение обязательств в рамках программы с франшизой, реализуемой в рамках Полиса.</p> <p>2.6. Настоящая памятка.</p> <p>2.7. Правила добровольного медицинского страхования граждан АО «СОГАЗ» в редакции от 22.07.2019 г., размещенные на интернет-странице Страховщика по адресу: https://www.sogaz.ru/upload/iblock/206/003_pravila-dobrovolnogo-meditsinskogo-strakhovaniya-grazhdan-ot-22.07.2019.pdf</p>
3. Условия, на которых заключается Полис	<p>3.1. Объект страхования: Объектом медицинского страхования являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованных лиц, связанные с оплатой организации и оказания им медицинских и иных услуг при наступлении страхового случая вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованных лиц, требующего организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их, в объеме, предусмотренном Программой, в порядке и на условиях, указанных в Полисе.</p> <p>3.2. Страховой случай: 3.2.1. Обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования по Полису для организации и оказания Застрахованному лицу медицинских услуг в форме телемедицинских онлайн-консультаций, предусмотренных п. 3.1 Программы, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих их оказания.</p> <p>3.2.2. Обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования по Полису для оказания Застрахованному лицу медицинских услуг, предусмотренных п. 3.2 Программы, в медицинскую организацию из числа указанных в списке медицинских организаций (ЛПУ) в Личном кабинете Застрахованного лица.</p> <p>3.2.3. Возникновение в течение срока действия страхования по Полису необходимости организации и оказания иных услуг, предусмотренных п. 3.3 Программы, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующего их оказания.</p> <p>3.2.4. Перечень, объем медицинских и иных услуг, условия их получения определяются Программой.</p>
4. Размер страховой премии, порядок ее уплаты, последствия неуплаты или уплаты страховой премии не в полном размере	<p>4.1. Обстоятельства, влияющие на размер страховой премии: страховая премия фиксированная.</p> <p>4.2. Размер страховой премии указан в п. 7 Полиса;</p> <p>4.3. Уплата страховой премии производится одновременно при заключении Полиса (п. 8 Полиса).</p> <p>4.4. В случае неуплаты страховой премии Полис считается не вступившим в силу.</p>
5. Франшиза, исключения из страхования, отказ в страховой выплате	<p>5.1. Франшиза: 5.1.1. Временная: не подлежат оплате Страховщиком медицинские и иные услуги, обращение Застрахованного лица за получением которых произошло в течение 14 дней с даты начала срока страхования, указанной в п. 9.2 Полиса.</p> <p>5.1.2. Безусловная: в отношении медицинских услуг, указанных в п. 3.2 Программы, устанавливается франшиза в размере, указанном в п. 10.1.2 Полиса, от стоимости оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг. Страховщик оплачивает медицинские услуги согласно счетам медицинской организации в полном объеме с последующим возмещением Застрахованным лицом (законным</p>

	<p>представителем Застрахованного лица) Страховщику той части оплаты медицинских услуг, которая соответствует размеру Безусловной франшизы по Полису, путем безакцептного списания средств со счета банковской карты Застрахованного лица (законного представителя Застрахованного лица), зарегистрированной в Личном кабинете Застрахованного лица в мобильном приложении или на сайте АО «СОГАЗ», доступ к которому осуществляется по ссылке https://lk.sogaz.ru</p> <p>5.2. Предоставляемое при регистрации банковской карты согласие Застрахованного лица (законного представителя Застрахованного лица) на исполнение обязательств в рамках Программы по возмещению Страховщику части стоимости медицинских услуг в размере Безусловной франшизы, подтверждается и оформляется в момент регистрации банковской карты в Личном кабинете Застрахованного лица путем проставления чек-боксов в Личном кабинете Застрахованного лица (https://lk.sogaz.ru) по форме Приложения № 5 к Полису. Приложение № 5 является неотъемлемой частью Полиса.</p> <p>5.3. Порядок исполнения обязательств Сторон в части, касающейся Безусловной франшизы, предусмотрен в разделе 6 Программы.</p> <p>5.4. Предоставляемое при регистрации банковской карты 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 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) по форме Приложения № 4 к Полису. Приложение № 4 является неотъемлемой частью Полиса. Условием прекращения обработки персональных данных является расторжение Полиса и получение Страховщиком письменного уведомления от Страхователя Застрахованного лица (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>5.5. Исключения из страхования:</p> <p>5.5.1. Перечень исключений, обращение по поводу которых не является застрахованным и не оплачивается Страховщиком, определен в разделе 7 и 8 Программы страхования.</p> <p>5.5.2. Обращение за организацией оказания медицинских и иных услуг, произошедшее вне срока действия страхования, указанного в п. 9 Полиса, не являются страховыми случаями и не оплачиваются Страховщиком.</p>
<p>6. Дополнительные условия для заключения Полиса</p>	<p>6.1. Медицинское анкетирование при заключении Полиса не производится.</p> <p>6.2. Документ, удостоверяющий личность Страхователя по Полису, является необходимым для заключения Полиса.</p> <p>6.3. При прохождении Застрахованным лицом (законным представителем Застрахованного лица) регистрации в Личном кабинете в мобильном приложении с регистрацией банковской карты, необходимо предоставить согласие Застрахованного лица (законного представителя Застрахованного лица) на исполнение обязательств в рамках Программы по возмещению Страховщику части стоимости медицинских услуг в размере Безусловной франшизы.</p> <p>6.4. При прохождении Застрахованным лицом (законным представителем Застрахованного лица) регистрации в Личном кабинете в мобильном приложении, необходимо предоставить 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 Полиса, неавтоматизированным и автоматизированным способом (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение). Согласие Застрахованного лица (законного представителя Застрахованного лица) на обработку персональных данных оформляется путем проставления чек-боксов в Личном кабинете Застрахованного лица (https://lk.sogaz.ru).</p>
<p>7. Порядок возврата страховой премии в случае отказа от Полиса</p>	<p>7.1. При отказе Страхователя от Полиса 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, в соответствии с порядком, предусмотренным п.п. 5.12 – 5.16 Условий.</p> <p>7.2. Полис прекращает свое действие:</p>

	<p>7.2.1. с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Полиса и документации, предусмотренной п. 5.13 Условий, поданных непосредственно в офис Страховщика;</p> <p>7.2.2. с даты передачи Страхователем письменного заявления об отказе от Полиса и документации, предусмотренной п. 5.13 Условий, в организацию почтовой связи для доставки в адрес Страховщика.</p> <p>7.3. Возврат Страховщиком страховой премии осуществляется не позднее 10 рабочих дней с даты поступления соответствующего письменного заявления Страхователя об отказе от Полиса с указанным пакетом документов.</p> <p>7.4. При отказе Страхователя от Полиса по истечении 14 календарных дней с даты его заключения, уплаченная страховая премия в соответствии со ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации не подлежит возврату.</p>
<p>8. Порядок предоставления медицинских и иных услуг</p>	<p>8.1. Для получения медицинских услуг, предусмотренных Программой:</p> <p>8.1.1. Застрахованному лицу (законному представителю Застрахованного лица) необходимо произвести регистрацию и/или войти в Личный кабинет Застрахованного лица в мобильном приложении СОГАЗ-Личный кабинет (далее Личный кабинет или ЛК), для этого необходимо загрузить и установить на своем мобильном устройстве мобильное приложение Личный кабинет и предоставить согласие на обработку персональных данных по форме Приложения № 4 к Полису.</p> <p>8.1.2. Для получения телемедицинских онлайн консультаций, предусмотренных п. 3.1 Программы:</p> <p>8.1.2.1. Застрахованному лицу (законному представителю Застрахованного лица) необходимо зарегистрироваться и идентифицироваться в мобильном приложении сервиса телемедицинских онлайн-консультаций (далее мобильное приложение сервиса телемедицинских онлайн-консультаций или сервис онлайн-консультаций) предварительно загрузив и установив его на свое мобильное устройство с помощью Личного кабинета.</p> <p>8.1.2.2. Вход в Личный кабинет мобильного приложения сервиса телемедицинских онлайн-консультаций осуществляется авторизованным Застрахованным лицом (законным представителем Застрахованного лица) на основании персональных идентификационных данных, указываемых при входе в Личный кабинет мобильного приложения АО «СОГАЗ».</p> <p>8.1.2.3. Мобильное приложение сервиса телемедицинских онлайн-консультаций позволяет Застрахованному лицу (законному представителю Застрахованного лица) в рамках Программы связываться с врачом, получать устные и письменные консультации, прикреплять и хранить медицинские документы (результаты анализов, медицинские заключения, справки и т.д.).</p> <p>8.1.2.4. При отсутствии подключения к сети Интернет консультация с врачом по телефону возможна по предварительной заявке через круглосуточный федеральный медицинский контактный центр по телефону 8-800-250-29-06.</p> <p>8.1.2.5. Для получения медицинских услуг, предусмотренных п.п. 3.3.2 и 3.3.3 Программы, Застрахованное лицо (законный представитель Застрахованного лица) оставляет заявку на консультацию с контактами для обратной связи врачу во время телемедицинской онлайн-консультации.</p> <p>8.1.3. Для получения медицинских услуг, предусмотренных п. 3.2 Программы, Застрахованному лицу (законному представителю Застрахованного лица) необходимо:</p> <p>8.1.3.1. Зарегистрировать в Личном кабинете банковскую карту, указав реквизиты банковской карты в системе интернет-эквайринга, в целях организации списания денежных средств в размере предусмотренной Полисом Безусловной франшизы.</p> <p>8.1.3.2. Не ранее чем через 24 часа с момента регистрации банковской карты в Личном кабинете Застрахованного лица, в соответствии с п. 8.1.3.1 Программы, у Застрахованного лица (законного представителя Застрахованного лица) появится возможность произвести запись или обратиться в медицинскую организацию, из числа указанных в списке медицинских организаций (ЛПУ) в Личном кабинете, для получения, предусмотренных п. 3.2 Программы медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических условиях.</p> <p>8.1.3.3. Для записи в медицинскую организацию, Застрахованное лицо (законный представитель Застрахованного лица) может:</p> <p>8.1.3.3.1. обратиться к Страховщику через круглосуточный федеральный медицинский контактный центр по телефону 8-800-250-29-06;</p> <p>8.1.3.3.2. самостоятельно обратиться в медицинскую организацию по телефонам, указанным в списке медицинских организаций (ЛПУ) в Личном кабинете;</p> <p>8.1.3.3.3. самостоятельно, через Личный кабинет Застрахованного лица, произвести запись в медицинскую организацию, в случаях, когда техническая возможность позволяет произвести запись.</p> <p>8.1.3.4. При возникновении сложностей при самостоятельной записи в</p>

	<p>медицинскую организацию, Застрахованному лицу (законному представителю Застрахованного лица) необходимо в соответствии с п.8.1.3.3.1 обратиться к Страховщику через круглосуточный федеральный медицинский контактный центр по телефону 8-800-250-29-06.</p> <p>8.1.3.5. При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо (законный представитель Застрахованного лица) должно предъявить Полис и документ, удостоверяющий личность.</p> <p>8.1.3.6. Медицинские услуги оказываются Застрахованному лицу в режиме работы медицинской организации, в соответствии с ранее произведенной записью на прием или услугу.</p> <p>Подробный порядок и условия предоставления медицинских и иных услуг описаны в разделах 4 и 5 Программы страхования</p>
<p>9. Принцип расчета страховой выплаты</p>	<p>9.1. Страховая выплата за оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги по Полису производится в медицинскую организацию в порядке, в сроки и по расценкам, предусмотренным договором, заключенным между Страховщиком и медицинской или иной организацией.</p> <p>9.2. Страховщик оплачивает медицинские услуги из числа предусмотренных п. 3.2 Программы, согласно счетам медицинского учреждения, в полном объеме с последующим возмещением Застрахованным лицом (законным представителем Застрахованного лица) Страховщику той части оплаты медицинских услуг, которая соответствует размеру Безусловной франшизы по Полису.</p>
<p>10. Налогообложение страховой выплаты или возврата страховой премии при досрочном прекращении Полиса</p>	<p>В соответствии со ст. 213 главы 23 Налогового Кодекса Российской Федерации.</p>
<p>11. О запросе дополнительной информации</p>	<p>Страхователь имеет право запросить в письменной форме информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру, если договор страхования заключается при посредничестве страхового агента/брокера</p>
<p>12. Куда обращаться при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая</p>	<p>12.1. При наступлении страхового случая, предусмотренного п. 3.1 Программы Застрахованным лицам (законным представителям Застрахованных лиц) необходимо воспользоваться сервисом дистанционных (телемедицинских) онлайн-консультации. В случае отсутствия возможности воспользоваться онлайн-сервисом, обратиться по телефону 8-800-250-29-06, при условии выполнения п. 8 настоящей Памятки.</p> <p>12.2. При наступлении страхового случая, предусмотренного п. 3.2 Программы Застрахованное лицо (законный представитель Застрахованного лица) может воспользоваться Личным кабинетом в мобильном приложении или обратиться к Страховщику по телефону 8-800-250-29-06 при условии выполнения п. 8 настоящей Памятки.</p>