

Ключевой информационный документ об условиях договора добровольного страхования

Договор страхования (Полис) «Спроси врача Лайт»

подготовлен в соответствии с «Правилами добровольного медицинского страхования граждан» АО «СОГАЗ» в редакции от 31.01.2023 г. (далее – Правила) размещены:

https://www.sogaz.ru/upload/iblock/61f/gfzzmt3213aoon60h7fkwar3j48hzpfj/003_Pravila-dobrovolnogo-meditsinskogo-strakhovaniya-grazhdan-ot-31.01.2023.PDF



Страховщик: Акционерное общество «Страховое общество газовой промышленности (АО «СОГАЗ»), адрес: 107078, г. Москва, проспект Академика Сахарова, д. 10 или для обращений в филиалы: <https://www.sogaz.ru/sogaz/about/filials/>.

РАЗДЕЛ I. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?

1. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования по Полису в медицинскую или иную организацию из числа согласованных Страховщиком для организации и оказания ему медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС и указанных в настоящем Разделе:

- 1.1. срочные и плановые дистанционные (телемедицинские) консультации врачей-специалистов;
- 1.2. лабораторные исследования (ОАК с лейкоцитарной формулой, СОЭ, ОАМ);
- 1.3. услуги сервиса по сохранению обращений и письменных рекомендаций врачей-специалистов; содействие в организации приема врача профильной специальности; содействие в организации диагностических обследований и лечения по результатам дистанционной консультации в связи с расстройством здоровья или состоянием Застрахованного лица, требующим их оказания.

РАЗДЕЛ II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

- 1. Срочные дистанционные (телемедицинские) профильных врачей-специалистов по предварительной записи (свыше 7-и раз за срок страхования).
- 2. Плановые дистанционные (телемедицинские) профильных врачей-специалистов по предварительной записи (свыше 3-х раз за срок страхования).
- 3. Лабораторные исследования без письменной рекомендации врача (направления), полученной по результатам дистанционной (телемедицинской) консультации, а также свыше 1-го раза за срок страхования.
- 4. Медицинские и иные услуги, не предусмотренные Программой ДМС (Раздел I настоящего документа).
- 5. Обращение за медицинскими и иными услугами в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.
- 6. Оказание медицинских и иных услуг лицу, не являющемуся Застрахованным лицом.
- 7. Обращение за медицинскими услугами из числа указанных в п. 1.2 Раздела I в случае неисполнения Застрахованным лицом обязательств по возмещению Страховщику части стоимости оказанных медицинских услуг в размере Безусловной франшизы – 50% от стоимости оказанных медицинских услуг.
- 8. Обращение за медицинскими и иными услугами в течение периода Временной франшизы (в течение 15-и дней с начала срока страхования).

РАЗДЕЛ III. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

Территория страхования определяется территорией предоставления медицинских и иных услуг медицинской и иной организацией, находящейся на территории Российской Федерации. Медицинскую организацию определяет Страховщик, руководствуясь характером клинической проблемы, возможностями медицинской организации, наличием мест, временными факторами, возможностью Страховщика организовать и оплатить оказание медицинских услуг в конкретной медицинской организации и прочими обстоятельствами. Услуги, указанные в п. 1.1 Раздела I, предоставляются Застрахованному лицу, находящемуся на территории Российской Федерации и/или за рубежом. Услуги, указанные в п.п. 1.2 – 1.3 Раздела I, предоставляются Застрахованному лицу, находящемуся на территории Российской Федерации.

РАЗДЕЛ IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

1. Страховая выплата осуществляется в форме организации и оплаты Страховщиком медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС, с их оплатой в медицинскую и иную организацию в сроки и по расценкам, предусмотренным договором, заключенным между Страховщиком и медицинской или иной организацией

2. Организация медицинских услуг, предусмотренных п. 1.2 Раздела I, осуществляется при отсутствии задолженности Застрахованного лица по оплате Безусловной франшизы. Страховщик оплачивает медицинские услуги из числа предусмотренных п. 1.2 Раздела I, согласно счетам медицинской организации, в полном объеме с последующим возмещением Застрахованным лицом Страховщику той части оплаты медицинских услуг, которая соответствует размеру Безусловной франшизы по Полису.

РАЗДЕЛ V. КАК ВЕРНУТЬ СТРАХОВУЮ ПРЕМИЮ?

Основания для возврата страховой премии	Сумма возврата страховой премии
1. Отказ от договора добровольного страхования в течение 14 календарных дней со дня его заключения в соответствии с Указанием Банка России от 20 ноября 2015 года N 3854-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования»	100% страховой премии – при отказе от договора добровольного страхования до даты начала страхования; 100% страховой премии с правом вычета части страховой премии, исчисляемой пропорционально сроку, в течение которого действовало страхование – при отказе от договора добровольного страхования после даты начала действия страхования
2. Отказ от договора добровольного страхования в случае непредоставления, предоставления неполной или недостоверной информации о договоре добровольного страхования при отсутствии в течение периода действия страхования событий, имеющих признаки страхового случая	100% страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование
3. Прекращение договора страхования, если после вступления Полиса в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай	

В иных случаях страховая премия возврату не подлежит.

Возврат страховой премии по п.п. 1, 3 раздела V в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования;
Возврат страховой премии по п. 2 раздела V осуществляется в течение 7 (семи) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от страхования.

РАЗДЕЛ VI. КАК УРЕГУЛИРОВАТЬ СПОР ДО СУДА?

1. Направить страховщику заявление (претензию) в письменной форме.
2. Если страховщик не удовлетворил заявление (претензию), при этом размер требований не превышает 500 000 рублей, до обращения в суд необходимо обратиться к уполномоченному по правам потребителей финансовых услуг:

сайт: www.finombudsman.ru;
адрес: 119017, г. Москва, Старомонетный пер., дом 3.
Рассмотрение уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг обращения потребителя финансовых услуг осуществляется бесплатно.