

Приложение № 3 к Договору страхования (Полису) «ДМС для студентов»

**ПАМЯТКА ПОЛУЧАТЕЛЮ СТРАХОВЫХ УСЛУГ ПО ПОЛИСУ «ДМС ДЛЯ СТУДЕНТОВ»
по добровольному медицинскому страхованию**

1. Способ и порядок подачи заявления о заключении Полиса страхования	1.1. Договор страхования (далее – 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	2.1. Полис «ДМС для студентов» (далее – Полис). 2.2. Условия страхования (далее – Условия), Приложение № 1 к Полису. 2.3. Программа добровольного медицинского страхования «ДМС для студентов» (далее – Программа), Приложение № 2 к Полису. 2.4. Форма согласия Застрахованного лица на обработку персональных данных», Приложение № 4 к Полису. 2.5. Настоящая памятка. 2.6. Правила добровольного медицинского страхования граждан АО «СОГАЗ» в редакции от 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 , Приложение № 5 к Полису
3. Условия, на которых заключается Полис	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. 3.2. Страховой случай: 3.2.3. 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. 3.2.4. Обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования по 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. 3.2.5. 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. 3.2.6. Перечень, объем медицинских и иных услуг, условия их получения определяются Программой.
4. Размер страховой премии, порядок ее уплаты, последствия неуплаты или уплаты страховой премии не в полном размере	4.1. Обстоятельства, влияющие на размер страховой премии: выбранная Программа страхования, дополнительные услуги, включенные в Программу, размер страховой суммы. 4.2. Размер страховой премии указан в п. 8 Полиса; 4.3. Уплата страховой премии производится одновременно (п. 9 Полиса). 4.4. В случае неуплаты страховой премии Полис считается не вступившим в силу.
5. Франшиза, исключения из страхования, отказ в страховой выплате	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 (четырнадцати) календарных дней с даты начала срока действия страхования, указанной в п. 10.2 Полиса. 5.2. Исключения из страхования: 5.2.1. Перечень исключений, обращение по поводу которых не является застрахованным и не оплачивается Страховщиком, определен в разделе 4 Программы страхования. 5.2.2. Обращение за организацией оказания медицинских и иных услуг, произошедшее вне срока действия страхования, указанного в п. 10.2 Полиса, не являются страховыми случаями и не оплачиваются Страховщиком.
6. Дополнительные условия для заключения Полиса	6.1. Медицинское анкетирование при заключении Полиса не производится. 6.2. Документ, удостоверяющий личность Страхователя, является необходимым для заключения Полиса.
7. Порядок возврата страховой премии в случае отказа от Полиса	7.1. При отказе Страхователя от Полиса в течение 14 (четырнадцати) 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. 5.11 – 5.15 Условий. 7.2. Полис прекращает свое действие: 7.2.1. с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Полиса и документации, предусмотренной п. 5.12 Условий, поданных непосредственно в офис Страховщика; 7.2.2. с даты передачи Страхователем письменного заявления об отказе от Полиса и документации, предусмотренной п. 5.12 Условий, в организацию почтовой связи для доставки в адрес Страховщика. 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.

	7.4. При отказе Страхователя от Полиса по истечении 14 (четырнадцать) календарных дней с даты его заключения, уплаченная страховая премия в соответствии со ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации не подлежит возврату.
8. Порядок предоставления медицинских и иных услуг	<p>8.1. Для получения медицинских услуг, предусмотренных Программой:</p> <p>8.1.1. Застрахованному лицу необходимо обратиться к специалистам круглосуточного Федерального медицинского контактного центра по телефону 8 (800) 250-29-06.</p> <p>8.1.2. Для получения телемедицинских онлайн консультаций, предусмотренных п. 3.1 Программы:</p> <p>8.1.2.1. Застрахованному лицу необходимо зарегистрироваться и идентифицироваться в мобильном приложении АО «СОГАЗ» 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 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 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>8.1.3. При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо должно предъявить Полис и документ, удостоверяющий личность.</p> <p>8.1.6. 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 5 и 6 Программы.</p>
9. Принцип расчета страховой выплаты	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.
10. Налогообложение страховой выплаты или возврата страховой премии при досрочном прекращении Полиса	В соответствии со ст. 213 главы 23 Налогового Кодекса Российской Федерации.
11. О запросе дополнительной информации	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
12. Куда обращаться при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая	<p>12.1. При наступлении страхового случая, предусмотренного п. 3.1 Программы Застрахованному лицу 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 - п. 3.7 Программы, Застрахованному лицу (представителю Застрахованного лица) необходимо обратиться к специалистам круглосуточного федерального медицинского контактного центра по телефону 8 (800) 250-29-06.</p>