



Приложение № 1 к приказу
от 15.02.2019 № 190215-05-од

УТВЕРЖДАЮ
Исполнительный вице-президент

М.А. Проворов
15 февраля 2019 года

Первоначальная редакция
от 28.04.2018 приказ № 180428-06-од
от 30.08.2018 приказ № 180830-02-од

КОМПЛЕКСНЫЕ ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ «ДОКТОР ОНЛАЙН»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. На основании настоящих Комплексных правил страхования «Доктор онлайн» (далее – «Правила страхования») и действующим законодательством Российской Федерации Общество с ограниченной ответственностью «Страховая Компания «Ренессанс Жизнь» заключает договоры страхования (далее по тексту «Договор», «Договор страхования») с дееспособными физическими лицами или юридическими лицами любой формы собственности, именуемыми в дальнейшем Страхователями.

Договоры страхования могут быть заключены в соответствии с Полисными условиями, разработанными в соответствии с настоящими Правилами страхования. Договор страхования (программа страхования) может иметь маркетинговое (оригинальное) название.

1.2. Договор страхования заключается в пользу указываемых в Договоре страхования/Полисе Застрахованных лиц – граждан Российской Федерации, иностранных граждан, въезжающих или пребывающих на территории РФ и лиц без гражданства.

1.3. Аннулирование договора страхования – отказ Страхователя от Договора страхования в соответствии с п.7.5 настоящих Правил страхования с возвратом уплаченной страховой премии в полном объеме Страхователю.

1.4. Болезнь (заболевание) — нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными и/или морфологическими изменениями, не вызванное несчастным случаем, диагностированное квалифицированным врачом на основании объективных симптомов, впервые возникших в период срока страхования или заявленное Страхователем /Застрахованным (в заявлении, декларации) при заключении Договора страхования, а также явившееся следствием осложнений, развившихся после врачебных манипуляций с целью лечения такого нарушения и произведенных в период срока страхования.

1.5. Выгодоприобретатель — лицо, которому принадлежит право на получение страховой выплаты.

1.6. Дата выдачи Полиса — дата формирования и выдачи Полиса Страхователю.

1.7. Договор страхования/Полис — документ, удостоверяющий факт заключения Договора страхования, в котором определены условия страхования с конкретным Страхователем. Договор страхования включает в себя соответствующую Программу страхования. Договор страхования также может включать в себя Полисные условия.

1.8. Инвалидность — социальная недостаточность вследствие нарушений здоровья со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или приобретенными дефектами, возникшими в период срока страхования, приводящая к ограничению жизнедеятельности, неспособности выполнять любую трудовую деятельность с целью получения дохода и необходимости в предоставлении социальной защиты. В зависимости от степени нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности лицу устанавливается группа инвалидности. Варианты установления групп инвалидности и их сочетание, покрываемые страхованием, устанавливаются в Договоре страхования.

1.9. Личный кабинет — информационный ресурс, размещенный на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет".

1.10. Льготный период — период времени, равный 30 (тридцати) календарным дням с указанной в Договоре страхования даты оплаты очередного взноса, в течение которого при наступлении страхового случая и нарушении Страхователем обязанности по своевременной уплате страховых взносов существует обязанность Страховщика произвести страховую выплату. Страховая выплата осуществляется только при условии, что до окончания льготного периода Страхователем будет оплачен просроченный страховой взнос.

1.11. Любая причина — событие (болезнь или несчастный случай), возникшее в течение срока страхования.

1.12. Медицинские услуги - мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на диагностику заболеваний и/или лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

1.13. Медицинская помощь — комплекс мероприятий, включающих медицинские и иные услуги, организационно-технические мероприятия, лекарственное обеспечение, обеспечение изделиями медицинского назначения, направленных на удовлетворение потребностей Застрахованного в поддержании и восстановлении здоровья.

1.14. Несчастный случай — внезапное, внешнее, кратковременное (до нескольких часов), фактически произошедшее под воздействием различных внешних факторов (физических, химических, механических и т.п.) событие, характер, время и место которого могут быть однозначно определены, наступившее в период срока страхования и возникшее непредвиденно, непреднамеренно, помимо воли Застрахованного, повлекшее за собой причинение вреда жизни и здоровью Застрахованного. Не относятся к несчастным

случаям любые формы острых, хронических, наследственных заболеваний (в том числе инфаркт, инсульт, разрыв аневризмы и прочие внезапные поражения внутренних органов, вызванные наследственной патологией или патологией в результате развития болезни (заболевания)).

1.15. Официальный сайт Страховщика: www.renlife.ru

1.16. Предшествовавшее состояние — любое нарушение здоровья, травма, увечье, врожденная или приобретенная патология, хроническое или острое заболевание, психическое или нервное расстройство и т.п., диагностированное и/или не диагностированное, но о существовании которого подозревали, и/или о котором Застрахованный должен был знать по имеющимся проявлениям или признакам, в связи с которым до заключения Договора страхования с участием Застрахованного произошло любое событие медицинского характера. Такие состояния также включают в себя любые осложнения или последствия, связанные с указанными состояниями.

1.17. Программа страхования — совокупность условий, характеризующих объем страхового покрытия по Договору страхования.

1.18. Полисные условия - специальные условия (правила), составленные на основе настоящих Правил страхования и применимые к конкретному виду договоров страхования (полисов), программе страхования, и отражающие условия страхования, в том числе субъекты страхования; объекты, подлежащие страхованию; перечень страховых рисков и страховых случаев; страховую сумму или порядок ее определения; размер, структуру или порядок определения страхового тарифа; срок и порядок уплаты страховой премии (страховых взносов); срок действия Договора страхования (полиса); порядок страховой выплаты; права и обязанности сторон Договора страхования, последствия неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств субъектами страхования; иные положения. В договоре страхования (Полисных условиях) Страховщик вправе разрабатывать и использовать также иные определения, вносить дополнения, уточнения, изменения в определения (условия), содержащиеся в настоящих Правилах страхования, - в той мере, в какой это не противоречит настоящим Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации.

1.19. Сервисная компания – компания, утвержденная Страховщиком, осуществляющая организацию медицинских и иных услуг в соответствии с Программой страхования.

1.20. Событие медицинского характера — проведение Застрахованному любых обследований, лабораторных исследований крови и всех иных биологических жидкостей организма человека, инструментальных методов исследования (КТ, МРТ, УЗИ, ЭХО КГ, велоэргометрия, реоэнцефалография, любые рентгеновские исследования, изотопные методы исследования, и любые иные методы диагностики), физикальных методов исследования – пальпация, перкуссия, аускультация и т.д., наличие у врачей лечебных учреждений любых подозрений на заболевание/заболевания у застрахованного, выявленные заболевания, обращение застрахованного в лечебное учреждение в связи с любыми жалобами на состояние здоровья, самочувствие, ранения и т.д., получение Застрахованным любого лечения, проведенные операции, госпитализации, несчастные случаи, направления на хирургические операции, направления на любые обследования, и иное.

1.21. Своевременное обращение за медицинской помощью — обращение за медицинской помощью после появления первых признаков заболевания, т.е. до ухудшения состояния, развития осложнений или возникновения необратимых последствий заболевания или состояния.

1.22. Страховщик — Общество с ограниченной ответственностью «Страховая Компания «Ренессанс Жизнь», осуществляющее страховую деятельность в соответствии с выданной федеральным органом исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью лицензией.

1.23. Страховая сумма — определенная сторонами в Договоре страхования денежная сумма, исходя из которой определяются размеры страховой премии и в пределах которой Страховщик осуществляет страховую выплату.

1.24. Страховые тарифы — ставки страховой премии с единицы страховой суммы.

1.25. Страховая премия — плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке, установленном Договором страхования.

1.26. Страховой риск — предполагаемое событие в результате несчастных случаев или болезней, обладающее признаками вероятности и случайности, на случай наступления которого заключается Договор страхования.

1.27. Страховой случай — совершившееся в период срока страхования событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату (страховые выплаты) Страхователю, Застрахованному, Выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

1.28. Страховые выплаты — выплаты, производимые при наступлении страхового случая Застрахованному, Выгодоприобретателю или законному наследнику Застрахованного. Страховые выплаты производятся независимо от сумм, причитающихся по другим Договорам страхования, а также по социальному страхованию, социальному обеспечению и в порядке возмещения вреда.

1.29. Срок страхования — период времени, в течение которого на Застрахованного распространяется действие страховой защиты в отношении определенной программы страхования (страхового риска), который определяется в соответствии с разделом 6 Правил страхования. Страхование распространяется только на страховые случаи, возникшие в результате несчастных случаев, произошедших с Застрахованным в течение срока страхования, и болезней, возникших и диагностированных в течение срока страхования.

1.30. Травма — нарушение анатомической целостности или физиологических функций органов и тканей, возникшее в результате кратковременного воздействия различных факторов внешней среды, произошедшее вследствие несчастного случая в период срока страхования.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектами страхования являются:

- имущественные интересы Застрахованного, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг (медицинское страхование);
- имущественные интересы Застрахованного, связанные с наступлением определенных событий в жизни Застрахованного (страхование жизни).

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховыми случаями в зависимости от условий Договора страхования могут быть признаны следующие события, за исключением случаев, предусмотренных Разделом 4 настоящих Правил страхования:

3.1.1. обращение Застрахованного к Страховщику/ в Сервисную компанию за помощью, требующей оказания медицинских и иных услуг в соответствии с Программой страхования, содержащейся в настоящих Правилах или разработанной в соответствии с настоящими Правилами, при заболевании, обострении хронического заболевания, травме, а также случаях, указанных в Программе страхования.

3.1.2. инвалидность Застрахованного I группы по любой причине (далее – «Инвалидность ЛП»).

3.2. События, указанные в п.3.1 настоящих Правил страхования, являются страховыми рисками, на случай наступления которых может быть заключен Договор страхования.

3.3. Программы страхования, содержащиеся в настоящих Правилах или разработанные в соответствии с настоящими Правилами, могут быть включены в качестве основных или дополнительных программ в комплексные (комбинированные) договоры страхования.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ

4.1. На страхование принимаются лица в возрасте от 1 (одного) полного года до 100 (ста) полных лет на дату заключения Договора страхования, если иное не предусмотрено договором страхования, за исключением лиц, указанных ниже:

4.1.1. лиц, находящихся под следствием или в местах лишения свободы;

4.1.2. по страховому риску, указанному в п. 3.1.2. настоящих Правил страхования, - инвалидов 1-й или 2-й группы.

Договором страхования / Полисными условиями могут быть предусмотрены иные условия страхования.

4.2. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что на страхование было принято лицо, подпадающее под одну из вышеперечисленных категорий, т.е. при заключении Договора страхования Страхователь не сообщил Страховщику об обстоятельстве(ах), указанном(ых) в п.п. 4.1.1 – 4.1.2 настоящих Правил страхования, и наличие этих обстоятельств было выявлено после вступления Договора страхования в силу, то Страховщик вправе требовать признания такого Договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных действующим законодательством РФ. Не являются страховыми случаями события, произошедшие с вышеуказанными лицами, и, соответственно, Страховщик не будет производить страховые выплаты по указанным событиям.

4.3. Не являются страховыми случаями, в дополнение к исключениям, предусмотренным п.п. 4.1.1 – 4.1.2 настоящих Правил страхования, события, если иное не предусмотрено Договором страхования или Программой страхования, произошедшие:

- 4.3.1. для страхового риска, указанного в п. 3.1.1 настоящих Правил страхования - в результате умышленного причинения Застрахованным себе телесных повреждений, суициdalных попыток;
- 4.3.2. для страхового риска, указанного в п. 3.1.2 настоящих Правил страхования - в результате умышленных действий Застрахованного, Страхователя, а также лиц, действующих по их поручению, направленных на наступление страхового случая;
- 4.3.3. в ходе совершения (попытки совершения) Застрахованным (Страхователем) уголовного преступления, находящегося в прямой причинно-следственной связи с событием, обладающим признаками страхового случая;
- 4.3.4. во время нахождения Застрахованного (Страхователя) в местах лишения свободы, а также в изоляторах временного содержания и других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления;
- 4.3.5. по Договорам страхования, по которым после их заключения будет установлено, что Страхователь (Застрахованный) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об указанных в Договоре страхования Страховщиком обстоятельствах, и указанные сведения привели к заключению Договора страхования на условиях, отличных от тех, на которых он был бы заключен в случае указания верных сведений, либо в случае указания верных сведений Договор страхования не был бы заключен, в соответствии с настоящими Правилами страхования;
- 4.3.6. в результате предшествовавших состояний или их последствий;
- 4.3.7. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинские организации:
 - 4.3.7.1. по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании, и в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего вследствие алкогольного, наркотического (в том числе токсического) опьянения;
 - 4.3.7.2. венерических заболеваний, заболеваний, передающихся преимущественно половым путем и заболевания любой формой ВИЧ-инфекции/СПИД в любой его стадии;
 - 4.3.7.3. если обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию вызвано заболеваниями и травмами, возникшими в результате стихийных бедствий;
- 4.3.8. во время нахождения Застрахованного в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также под воздействием сильнодействующих и/или психотропных веществ, медицинских препаратов (принятых без предписания врача или по предписанию врача, но с нарушением указанной им дозировки). Страховщиком могут быть признаны страховыми случаями события, произошедшие во время нахождения Застрахованного под воздействием алкоголя в случае, если действия Застрахованного не повлекли за собой (как прямо, так и косвенно) наступление произошедшего события. Решение о признании события страховыми случаем принимается Страховщиком в каждом конкретном случае исходя из фактических обстоятельств с учетом всех имеющихся документов (справок лечебных учреждений, материалов правоохранительных органов и др.);
- 4.3.9. во время управления Застрахованным транспортным средством без права на управление транспортным средством данной категории или управления транспортным средством лицом, не имевшим права на управление транспортным средством данной категории, при условии передачи управления такому лицу Застрахованным;
- 4.3.10. во время управления Застрахованным транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или под воздействием сильнодействующих и/или психотропных веществ, медицинских препаратов, при применении которых противопоказано управление транспортными средствами, или управления транспортным средством лицом,

находившимся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или под воздействием сильнодействующих и/или психотропных веществ, медицинских препаратов, при применении которых противопоказано управление транспортными средствами, при условии передачи управления такому лицу Застрахованным;

- 4.3.11. в результате совершения Застрахованным самоубийства, если к этому времени Договор страхования действовал менее двух лет или продлевался таким образом, что страхование не действовало непрерывно в течение двух лет, а так же при покушении на самоубийство или умышленного причинения Застрахованным вреда жизни и здоровья самому себе, за исключением случаев, когда Застрахованный был доведен до этого противоправными действиями третьих лиц;
- 4.3.12. во время непосредственного участия Застрахованного в гражданских волнениях, беспорядках, войне или военных действиях, а также во время прохождения Застрахованным военной службы по призыву, участия в военных сборах или учениях, маневрах, испытаниях военной техники или иных подобных операциях в качестве военнослужащего, либо гражданского служащего;
- 4.3.13. во время любых воздушных перелетов, совершаемых Застрахованным, исключая полеты в качестве пассажира регулярного авиарейса (включая регулярные чартерные авиарейсы), выполняемого организацией, обладающей соответствующей лицензией;
- 4.3.14. во время занятий Застрахованного профессиональным спортом, занятий любым видом спорта на систематической основе, направленных на достижение спортивных результатов; во время участия в соревнованиях, гонках или иных опасных хобби (например, альпинизм, погружение под воду на глубину более 40 метров, в подводные пещеры, к останкам судов или строений, находящимся под водой, независимо от глубины погружения, прыжки с парашютом, скачки, скалолазание). Страховщиком могут быть признаны страховыми случаями события, возникшие во время любительских занятий на разовой основе (например, на период отпуска, каникул или в выходные дни) сноубордом, скейтбордом, горными лыжами, водными лыжами; подводного плавания без применения акваланга, прогулок на лошадях, пеших походов без применения альпинистского снаряжения, езды на велосипеде (кроме триала или скоростного спуска), а также во время других видов деятельности, которые нельзя рассматривать как опасные, нельзя отнести к профессиональному спорту или систематическим тренировкам, направленным на достижение спортивных результатов;
- 4.3.15. во время участия Застрахованного в мотокроссе, триале; мотогонках, автогонках или иных гонках на скорость; иных соревнованиях, а также во время езды на мотоцикле при температуре окружающей среды или дорожного покрытия ниже нуля градусов по шкале Цельсия, езды на мотоцикле или ином двухколесном моторизированном транспортном средстве в дождь, езды на мотоцикле или ином двухколесном моторизированном транспортном средстве по бездорожью;
- 4.3.16. в результате осуществления консервативных (в т.ч. медикаментозных) или инвазивных (оперативных) методов лечения, применяемых в отношении Застрахованного, за исключением случаев, когда необходимость такого лечения обусловлена несчастным случаем или болезнью, наступившими в период срока страхования или когда имеется необходимость предоставления экстренной (неотложной) медицинской помощи;
- 4.3.17. в результате любых повреждений здоровья Застрахованного, вызванных радиационным облучением или наступивших в результате воздействия ядерной энергии;
- 4.3.18. в результате прямого или косвенного влияния психического заболевания, если несчастный случай произошел с психически больным Застрахованным, который находился в невменяемом состоянии в момент несчастного случая;
- 4.3.19. во время эпилептического приступа (или иных судорожных или конвульсивных приступов);
- 4.3.20. в результате болезни Застрахованного, прямо или косвенно связанной с ВИЧ-инфекцированием, ВИЧ инфекцией/СПИД, наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом, венерическими заболеваниями, заболеваниями передающимися преимущественно половым путем;
- 4.3.21. в период беременности Застрахованного, а также в результате осложнений беременности, родов, абортов, выкидыши;
- 4.3.22. при самолечении Застрахованного, приведшего к ухудшению состояния здоровья или усугублению патологического процесса;
- 4.3.23. при отказе Застрахованного от предложенного лечения, в результате приведшего к инвалидности Застрахованного или затягиванию процесса выздоровления;

- 4.3.24. в результате экзогенной интоксикации, алкогольной болезни, алкогольного поражения органов и систем органов, в том числе, алкогольная кардиомиопатия, алкогольные поражения печени, алкогольные поражения почек, алкогольные поражения поджелудочной железы, алкогольная энцефалопатия и все иные заболевания, возникающие при употреблении (однократном и/или постоянном/длительном употреблении) алкоголя и его суррогатов;
- 4.3.25. в результате патологических состояний, обусловленных употреблением наркотических препаратов/психотропных препаратов и их прекурсоров (наркотические средства - вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, в том числе Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 года).

5. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, ФОРМА И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ. СТРАХОВОЙ ТАРИФ

5.1. Страховая сумма или способ ее определения устанавливается в Договоре страхования по соглашению между Страховщиком и Страхователем. Страховая сумма (способ ее определения) может устанавливаться как в целом по договору, так и отдельно по каждому страховому риску.

5.2. Страховая премия (страховые взносы) рассчитывается исходя из страховой суммы в соответствии с утвержденными страховыми тарифами Страховщика. Размер страхового тарифа, выбираемого при заключении договора страхования, зависит от срока действия договора страхования, периодичности уплаты страховых взносов, пола, возраста Застрахованного. Страховщик может определять как половозрастные тарифы, рассчитанные для потенциальных застрахованных каждого пола и возраста, так и единый страховой тариф с учетом половозрастной структуры группы предполагаемых застрахованных лиц и других факторов, оказывающих существенное влияние на размер тарифа.

Страховщик имеет право применять к страховым тарифам поправочные (повышающие и понижающие) коэффициенты, в зависимости от обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска, указанных Страхователем в заявлении на страхование (если применимо), а также полученных Страховщиком в результате оценки страхового риска, — состояния здоровья Застрахованного, профессии, (рода деятельности), наличия у застрахованного вредных привычек, хобби и увлечений, связанных с повышенной степенью риска, территории, на которой будет находиться застрахованный в течение срока действия договора страхования, величины франшизы (если применимо) и т.д.

Размер страхового тарифа зависит от степени страхового риска (величины вероятности наступления страхового случая).

5.3. Страховая сумма и страховая премия устанавливаются в российских рублях.

5.4. Страховая премия по Договору страхования оплачивается Страхователем единовременно (разовым платежом) за весь срок действия Договора страхования или в рассрочку путем уплаты страховых взносов. Порядок уплаты страховой премии (страховых взносов) определяется в Договоре страхования.

5.5. Датой оплаты страховой премии считается:

- при наличной оплате – дата оплаты страховой премии (страхового взноса) представителю Страховщика;
- при безналичном порядке – дата поступления страховой премии (страхового взноса) на расчетный счет Страховщика.

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается на основании устного заявления Страхователя путем вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного Страховщиком, и приложений к страховому полису.

Вручение Страховщиком страхового полиса Страхователю может осуществляться:

- Страхователю лично;
- путем направления электронного образа страхового полиса на адрес электронной почты Страхователя.

Согласием Страхователя заключить Договор страхования на предложенных условиях является оплата страховой премии в порядке и сроки, указанные в Полисе.

6.2. Для заключения Договора страхования Страхователь обязан предоставить Страховщику следующие сведения:

6.2.1. В случае, если Страхователь – физическое лицо:

- ФИО;

- дата рождения;
- адрес фактического проживания;
- номер контактного телефона;

6.2.2. В случае, если Страхователь и/или Застрахованный – иностранные граждане или лица без гражданства, то дополнительно к вышеперечисленным документам:

- сведения о миграционной карте;
- сведения о документе, подтверждающем право на пребывание (проживание) в РФ.

Страхователь вправе также сообщить Страховщику при заключении Договора страхования адрес электронной почты.

6.3. При заключении Договора страхования Страхователь обязан правдиво и полно сообщить Страховщику все известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков путем указания Страхователем сведений в Договоре страхования.

6.4. Подписание Страховщиком Договора страхования, а также приложений и дополнительных соглашений к нему может осуществляться путем воспроизведения факсимиле/электронного образа подписи уполномоченного лица Страховщика механическим или иным способом с использованием клише. Факсимильное воспроизведение/отображение электронного образа подписи уполномоченных лиц со стороны Страховщика с помощью средств механического или иного копирования признается Сторонами аналогом собственноручной подписи уполномоченных лиц Страховщика. Изображение оттиска печати Страховщика, нанесенного на документ типографским или иным способом, является надлежащим реквизитом такого документа.

6.5. В случае утери Договора страхования Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает дубликат. После передачи дубликата Страхователю утерянный экземпляр Договора страхования считается недействительным и страховые выплаты по нему не производятся. При повторной утрате Договора страхования Страхователь уплачивает Страховщику денежную сумму в размере стоимости изготовления Договора страхования.

6.6. В случаях, если согласно информации, размещаемой Страховщиком в Личном кабинете, допускается создание и предоставление Страхователем документов для изменения, досрочного прекращения, отказа от договора страхования и/или иных документов в электронном виде, Страхователь может представить Страховщику соответствующие заявления и документы (за исключением заявления на страховую выплату с приложением необходимых документов для получения страховой выплаты) в электронном виде с использованием Личного кабинета и соблюдением порядка и способа создания и предоставления таких документов, указанного в Личном кабинете.

В этом случае документы, подписанные простой электронной подписью Страхователя-физического лица, признаются равнозначными документам на бумажном носителе, подписанным собственноручной подписью Страхователя-физического лица.

Предоставление документов для получения страховых выплат, указанных в Разделе 8 настоящих Правил страхования, в электронном виде не допускается.

Подписание дополнительных соглашений и/или иных документов в электронном виде Страховщиком осуществляется усиленной квалифицированной подписью Страховщика с направлением их Страхователю в его Личный кабинет или на адрес электронной почты, сообщенный Страхователем при заключении Договора страхования.

6.7. Корреспонденция в связи с Договором страхования направляется по адресам, которые указаны в Договоре страхования либо в виде электронных документов. В последнем случае, создание и отправка Страхователем Страховщику информации в электронной форме осуществляется с использованием Личного кабинета Страхователя, а создание и отправка Страховщиком Страхователю информации в электронной форме осуществляется направлением в Личный кабинет Страхователя и/или на адрес электронной почты, сообщенный Страхователем при заключении Договора страхования.

В случае изменения адресов и/или реквизитов сторон, стороны обязуются заблаговременно в письменном виде известить друг друга об этом. Если сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны заблаговременно, то вся корреспонденция, направленная по прежнему адресу, будет считаться полученной на дату ее поступления по прежнему адресу.

6.8. Страховщик использует следующие способы взаимодействия для предоставления информации Страхователю: смс-уведомления, электронные сообщения, мобильное приложение, электронную почту, почтовую, телеграфную, телефонную связь, курьерскую службу, Личный кабинет.

6.9. Информация о текущем состоянии Договора страхования предоставляется Страхователю посредством размещения информации в Личном кабинете.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ВСТУПЛЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ В СИЛУ

- 7.1. Срок действия Договора страхования указан в Договоре страхования.
- 7.2. Срок страхования начинается с 00:00 часов 15-го дня, следующего за днем оплаты страховой премии и заканчивается в момент окончания срока действия договора страхования, если в Договоре страхования (Полисных условиях) не установлено иное.
- 7.3. В случае неуплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса) в установленный Договором страхования срок или уплаты страховой премии (первого страхового взноса) в меньшем, чем предусмотрено Договором размере, Договор страхования считается не вступившим в силу / незаключенным. При оплате страховой премии в рассрочку если Страхователь не оплатил очередной (не первый) страховой взнос либо оплатил в размере, меньшем требуемого для оплаты Договора страхования, Договор страхования прекращает свое действие с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания установленного договором срока уплаты очередного страхового взноса, который не был уплачен в указанный срок. Руководствуясь п. 1 ст. 452 ГК РФ, стороны договорились, что отдельное соглашение о расторжении договора страхования в данном случае сторонами не составляется.
- В случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные Договором страхования сроки (уплаты очередного страхового взноса в неполном объеме), Страховщик информирует Страхователя о факте неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные Договором страхования сроки (уплаты очередного страхового взноса в неполном объеме), а также о последствиях такого нарушения одним из способов, указанных в Договоре страхования.
- 7.4. После прекращения действия Договора страхования, в случае оплаты Страхователем страхового взноса в размере, указанном в Договоре страхования, в течение 30-ти календарных дней с даты, в которую он должен был быть оплачен (льготный период), Страховщик имеет право восстановить действие Договора страхования, при этом срок страхования по страховым рискам/программам, предусмотренным Договором страхования, восстанавливается со дня, следующего за днем оплаты просроченного страхового взноса.
- 7.5. По заключенному Договору страхования Страхователю предоставлено 14 календарных дней со дня заключения Договора страхования независимо от момента уплаты страховой премии при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, в течение которого возможно отказаться от Договора страхования (аннулировать) на основании письменного заявления, подписанного Страхователем собственноручно. Указанное заявление должно быть направлено Страхователем по адресу центрального офиса Страховщика, указанному в Договоре страхования/указанному на официальном сайте Страховщика, средствами почтовой или курьерской связи, либо подано Страхователем через Личный кабинет Страхователя (если там содержится информация о возможности приема заявления), либо подано Страхователем в офис Агента (если информация о возможности приема заявления Агентом размещена на официальном сайте Страховщика). Оплаченная страховая премия возвращается Страховщиком Страхователю в течение 10 рабочих дней с даты получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

8. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ И ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

- 8.1. Страховая выплата осуществляется Страховщиком независимо от всех видов пособий, пенсий и выплат, получаемых Застрахованным по государственному социальному страхованию и социальному обеспечению, трудовым и иным соглашениям, договорам страхования, заключенным с другими страховщиками, и сумм, причитающихся ему в порядке возмещения вреда по действующему законодательству.
- 8.2. Страховщик в целях исполнения своих обязательств по организации предоставления Застрахованным услуг в соответствии с условиями Договора страхования заключает договоры по оказанию услуг с Сервисными компаниями, при условии, что это не противоречит законодательству РФ.
- 8.3. Сервисные компании в соответствии с договором, заключенным со Страховщиком, а также медицинские и иные учреждения, в соответствии с договором, заключенным между Сервисной компанией и указанными учреждениями, оказывают услуги Застрахованному, предусмотренные Договором страхования и Программой страхования. Взаимоотношения Страховщика с медицинским и/или иным учреждением определяются соответствующим договором между Страховщиком и Сервисной компанией.
- 8.4. Страховая выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком:
- по страховому риску, указанному в п.3.1.1 настоящих Правил страхования - путем оплаты стоимости оказанных Застрахованному в соответствии с Программой страхования в соответствии со счетами,

полученными Страховщиком от Сервисных компаний / учреждений, оказавших указанные услуги. Общий размер страховых выплат по страховому риску, указанному в п.3.1.1 настоящих Правил страхования, не может быть больше размера страховой суммы, указанной для данного риска в Договоре страхования;

- по страховому риску, указанному в п.3.1.2 настоящих Правил страхования - путем осуществления страховой выплаты Застрахованному лицу в размере страховой суммы по данному риску, указанной в Договоре страхования.

8.5. Для получения страховой выплаты по страховому риску, указанному в п. 3.1.2 настоящих Правил страхования, Застрахованный обязан представить следующие документы, подтверждающие факт наступления страхового случая:

- копию Договора страхования и всех дополнительных соглашений к нему;
- заявление на страховую выплату, установленной Страховщиком формы, с указанием полных банковских реквизитов Застрахованного;
- документ, удостоверяющий личность получателя страховой выплаты;
- оригинал справки органа МСЭ, об установлении группы инвалидности или его нотариально заверенную копию;
- оригинал направления на МСЭ, выданный медицинским учреждением (копия, заверенная выдавшим учреждением, либо нотариально заверенная копия);
- оригиналы или заверенные лечебно-профилактическим или медицинским учреждением документы медицинского учреждения (выписка из истории болезни, история болезни, выписка из амбулаторной карты Застрахованного, амбулаторная карта, выписные, переводные, этапные эпикризы, рентгенологические снимки, снимки КТ, МРТ), подтверждающие факт наступления страхового случая;
- заверенную копию акта освидетельствования в МСЭ;
- документы, необходимые для установления причин и характера события, имеющего признаки страхового случая (заверенные надлежащим образом копии постановлений о возбуждении уголовного дела, об отказе в возбуждении уголовного дела, о прекращении уголовного дела, приостановлении предварительного следствия по делу, копии протокола об административном правонарушении, постановления по делу об административном правонарушении или определения об отказе в возбуждении дела об административном правонарушении, извещение о ДТП, документы из правоохранительных органов, копию постановления суда, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1);
- ИНН Выгодоприобретателя.

8.6. Во всех справках и выписках из медицинских учреждений обязательно должен быть указан диагноз, дата начала болезни (заболевания), сроки госпитализации, а также должно быть не менее 2-х печатей (штампов) медицинского учреждения.

8.7. Все документы, предусмотренные настоящим Разделом и предоставляемые Страховщику для получения страховой выплаты, должны быть составлены на русском языке. Если предоставляемые Страховщику документы выданы на территории иностранного государства, то они должны иметь апостиль (если применимо) и/или нотариально заверенный перевод. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение о выплате до предоставления документов надлежащего качества. В целях рассмотрения возможности осуществления страховой выплаты Страховщик имеет право осуществлять запросы Страхователю (Застрахованному) посредством телефонной связи.

8.8. В случае выявления факта предоставления Страховщику комплекта документов не в полном объеме, предоставления Страховщику ненадлежащим образом оформленных документов, предусмотренных п. 8.5 настоящих Правил страхования и/или непредставлении лицом, обратившимся за страховой выплатой, банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, Страховщик в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты выявления факта сообщает Застрахованному (Выгодоприобретателю) о выявленном факте с указанием перечня недостающих и/или ненадлежаще оформленных документов и сведений.

8.9. В случае необходимости Страховщик имеет право самостоятельно выяснить у медицинских учреждений, правоохранительных органов и иных учреждений, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, обстоятельства, связанные с этим страховыми случаем, а также организовывать за свой счет проведение независимых экспертиз.

8.10. В течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения документов, указанных в п. 8.5 настоящих Правил страхования, Страховщик:

- в случае признания произошедшего события страховым случаем составляет страховой акт;

– если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, либо устранения других обстоятельств, препятствовавших выплате, принимает решение об отсрочке страховой выплаты, о чем в срок 15 (пятнадцать) рабочих дней извещает Страхователя. Извещение об отсрочке страховой выплаты может быть осуществлено посредством смс-информирования, по электронной почте либо посредством телефонной связи;

– принимает решение об отказе в страховой выплате, о чем в последующие 3 (три) рабочих дня письменно сообщает Застрахованному.

8.11. При принятии Страховщиком положительного решения о страховой выплате по страховому случаю в соответствии с п. 3.1.2 настоящих Правил страхования, страховая выплата осуществляется в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней с даты составления страхового акта путем перечисления на банковский счет получателя. Днем выплаты считается день списания денежных средств с расчетного счета Страховщика.

8.12. При непредоставлении лицом, обратившимся за страховой выплатой по событию, указанному в п. 3.1.2 настоящих Правил страхования, банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, Страховщик приостанавливает срок осуществления страховой выплаты до предоставления ему недостающих сведений, о чем уведомляет обратившееся лицо.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страхователь (Застрахованный) (законный представитель Застрахованного – в случае, если Застрахованный является несовершеннолетним) имеет право:

9.1.1. получать от Страховщика информацию о его финансовых показателях, не являющуюся коммерческой тайной;

9.1.2. отказаться от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала и существование страхового риска не прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;

9.1.3. при признании наступившего события страховым случаем по п.3.1.1 настоящих Правил страхования получить услуги, указанные в Программе страхования, а также получить страховую выплату при признании наступившего события страховым случаем в соответствии с п.3.1.2 настоящих Правил страхования;

9.1.4. обратиться к Страховщику за разъяснением положений, содержащихся в Правилах страхования, Полисных условиях и Договоре страхования;

9.1.5. запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого Агенту, в случае заключения договора страхования при посредничестве Агента;

9.1.6. иные права, предусмотренные настоящими Правилами страхования.

9.2. Страхователь (Застрахованный) (законный представитель Застрахованного – в случае, если Застрахованный является несовершеннолетним) обязан:

9.2.1. уплачивать страховую премию в размере и в сроки, которые установлены Договором страхования;

9.2.2. сообщать Страховщику при заключении Договора страхования достоверную информацию, имеющую значение для заключения Договора страхования;

9.2.3. не реже одного раза в год подтверждать соответствие идентификационных данных, предоставленных при заключении договорных отношений. При наличии обновленных данных незамедлительно сообщить Страховщику о данном факте, предоставив оригиналы документов или соответствующим образом заверенных копий. Также незамедлительно сообщать Страховщику об изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, в том числе, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска (изменение обстоятельств признается существенным, когда они изменились настолько, что если бы стороны могли это разумно предвидеть, Договор страхования вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях); незамедлительно сообщать Страховщику об изменении фамилии или имени Застрахованного, изменении его адреса (в случае переезда), данных документа, удостоверяющего личность Застрахованного (в случае замены);

9.2.4. при обращении за страховой выплатой предоставить Страховщику заявление на выплату по установленной Страховщиком форме, а также все необходимые документы в соответствии с Разделом 8 настоящих Правил страхования;

9.2.5. выполнять иные обязанности, предусмотренные настоящими Правилами страхования, Полисными условиями, Договором страхования.

9.3. Страховщик имеет право:

9.3.1. запрашивать и проверять сообщаемую Страхователем, Застрахованным информацию, а также выполнение ими положений настоящих Правил страхования, Полисных условий, Договора страхования, и других документов, закрепляющих договорные отношения между Страхователем и Страховщиком, связанных с заключением, исполнением или прекращением этих отношений;

9.3.2. при расчете страховой премии применять понижающие и повышающие коэффициенты, устанавливать ограничения на размеры страховых сумм и сочетания страховых рисков в Договоре страхования;

9.3.3. после заключения Договора страхования в случае увеличения степени страхового риска по согласованию со Страхователем внести изменения в Договор страхования. В случае, если стороны не пришли к согласию, Страховщик имеет право требовать расторжения Договора страхования, если обстоятельства, влекущие повышение степени страхового риска, к моменту расторжения Договора страхования не отпали;

9.3.4. отказать в страховой выплате в случаях:

– неисполнения Страхователем (Застрахованным) (его законным представителем – в случае, если Застрахованный является несовершеннолетним) обязанностей, предусмотренных п. 9.2 настоящих Правил страхования;

– если Страхователь не сообщил об изменении в сведениях о Застрахованном, указанных Страхователем при заключении Договора страхования, если данное изменение явилось прямой или косвенной причиной наступления события, обладающего признаками страхового случая;

– недоказанности факта наступления страхового случая;

– в случаях, предусмотренных ст.964 ГК РФ;

– непризнания события страховым случаем в соответствии с разделом 4 настоящих Правил страхования.

9.3.5. организовывать проведение независимой экспертизы в связи с обстоятельствами, имеющими отношение к страховому случаю;

9.3.6. требовать признания Договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных действующим законодательством РФ, в соответствии с п.4.2 настоящих Правил страхования.

Страховщик оставляет за собой право в страховую годовщину изменить размер страховой премии по Договору страхования в случае изменения страховых тарифов Страховщика, предварительно уведомив об этом Страхователя.

9.3.7. отсрочить страховую выплату в случаях:

– необходимости направлять запросы в компетентные органы, в том числе: в медицинские учреждения любой организационно - правовой формы (включая департаменты здравоохранения и министерства здравоохранения), в правоохранительные органы, в государственную инспекцию безопасности дорожного движения, в структурные подразделения прокуратуры РФ;

– если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс;

– в случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.).

9.3.8. иные права, предусмотренные настоящими Правилами страхования.

9.4. Страховщик обязан:

9.4.1. при заключении Договора страхования выдать Страхователю Программу страхования;

9.4.2. сообщить Застрахованному либо его законным представителям в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней с момента вынесения решения об отказе (или об отсрочке принятия решения) в письменной форме решение об отказе или об отсрочке принятия решения о страховой выплате с обоснованием причин посредством смс-информирования, по электронной почте либо посредством телефонной связи;

9.4.3. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем, Застрахованным, кроме передачи необходимого объема сведений в другую страховую компанию, Сервисную компанию или перестраховочную организацию, в случае передачи в перестрахование заключенного Договора страхования;

9.4.4. контролировать качество оказываемых Застрахованному услуг в соответствии с Программой;

- 9.4.5. консультировать Страхователей, Застрахованных, а также лиц, желающих заключить Договор страхования, по вопросам, связанным с заключением Договоров страхования, разъяснить положения, содержащиеся в настоящих Правилах страхования, Полисных условиях и Договорах страхования;
- 9.4.6. в случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные Договором страхования сроки (уплаты очередного страхового взноса в неполном объеме), сообщить Страхователю о факте неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные Договором страхования сроки (уплаты очередного страхового взноса в неполном объеме), а также о последствиях такого нарушения одним из способов, указанных в Договоре страхования;
- 9.4.7. выполнять иные обязанности, предусмотренные настоящими Правилами страхования, Договором страхования.

10. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 10.1. Действие Договора страхования прекращается:
 - 10.1.1. в случае истечения срока действия Договора страхования;
 - 10.1.2. в случае смерти Страхователя (физического лица), заключившего Договор о страховании третьего лица, ликвидации (реорганизации) Страхователя (юридического лица) в порядке, установленном действующим законодательством, если Застрахованный или иное лицо в соответствии с действующим законодательством не приняли на себя обязанности Страхователя по Договору страхования;
 - 10.1.3. в случае, если возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;
 - 10.1.4. в случае если в указанный в Договоре страхования срок Страхователем не оплачен очередной страховой взнос в полном объеме.

10.2. Договор страхования может быть расторгнут в одностороннем порядке:

- 10.2.1. По инициативе (требованию) Страховщика на основании п. 9.3.3 настоящих Правил страхования;
- 10.2.2. По инициативе (требованию) Страхователя.

При этом досрочное расторжение Договора страхования производится на основании письменного заявления Страхователя с приложением оригинала Договора страхования / Полиса, документа, удостоверяющего личность. Договор страхования считается расторгнутым с 00:00 (ноля часов, ноля минут) дня, указанного в заявлении, или дня получения заявления Страховщиком, если дата расторжения Договора страхования не указана либо указанная Страхователем дата расторжения Договора страхования является более ранней, чем дата получения заявления Страховщиком.

Заявление на расторжение Договора страхования также может быть направлено Страхователем Страховщику в порядке, предусмотренным п. 6.6 настоящих Правил страхования.

10.3. В случае досрочного прекращения действия Договора страхования в соответствии с п.10.1.3 настоящих Правил страхования Страхователю выплачивается часть страховой премии в размере доли последнего уплаченного страхового взноса, пропорционально неистекшей части оплаченного периода страхования.

10.4. Если Договор страхования аннулируется в соответствии с п. 7.5 настоящих Правил страхования, то оплаченная страховая премия возвращается Страховщиком в течение 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования. При этом Договор страхования аннулируется с даты заключения Договора страхования и уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

10.5. В иных случаях прекращения действия (расторжения) Договора страхования оплаченная страховая премия Страхователю не возвращается.

11. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН. ФОРС-МАЖОР

11.1. При наступлении обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор) Страховщик вправе задержать (до устранения последствий форс-мажорных обстоятельств) выполнение обязанностей по Договорам страхования или освобождается от их выполнения.

11.2. При возникновении форс-мажорных обстоятельств, Страховщик немедленно информирует Страхователя о возникшей ситуации и принятых для ее урегулирования мерах.

12. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

12.1. В случае поступления претензии от Страхователя/Застрахованного (Выгодоприобретателя) ввиду возникновения спора, связанного с исполнением Договора страхования, Страховщик обязан обеспечить

рассмотрение такой претензии в порядке, установленным законом и/или определенном в Договоре страхования.

12.2. При наличии в Договоре страхования условия о применении процедуры медиации возникший спор между Сторонами должен быть урегулирован с использованием медиативных процедур.

12.3. Использование процедур, указанных в п. 12.1 – 12.2 настоящих Правил страхования, не лишает Страхователя/Застрахованного (Выгодоприобретателя) права на судебную и иную защиту своих прав и законных интересов.

В судебном порядке споры разрешаются:

- а) с участием юридических лиц — в Арбитражном суде г. Москвы;
- б) с участием физических лиц — в соответствии с действующим законодательством.

ПОЛИС СТРАХОВАНИЯ «_____» № _____ (далее – Договор страхования)
(выдан на основании _____)

Дата выдачи Полиса: « ____ » 20 г.

1. СТРАХОВЩИК: ООО «СК «Ренессанс Жизнь», 115114, г. Москва, Дербеневская набережная д.7, стр.22, этаж 4, пом.13, ком.11 Тел. 8 (495) 981 2 981, www.renlife.com Лицензии на осуществление страхования СЖ № 3972 от 11 мая 2017 года и СЛ № 3972 от 11 мая 2017 года, ИНН 7725520440, КПП 997950001, Р/С 40701810800001410925 В АО «Райффайзенбанк» г. Москва, БИК 044525700, К/С 30101810200000000700			
2. СТРАХОВАТЕЛЬ	Ф.И.О.		
ДАТА РОЖДЕНИЯ	ТЕЛЕФОНЫ:	Домашний:	Мобильный:
АДРЕС			
ФАКТИЧЕСКИЙ/ПОЧТОВЫЙ			
АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ:			

3. ВАЛЮТА: РОССИЙСКИЙ РУБЛЬ

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ: _____, при условии оплаты страховой премии в сроки, указанные в п. 7 настоящего Договора страхования.

5. СРОК СТРАХОВАНИЯ начинается с X дня, следующего за днем оплаты страховой премии, _____ и заканчивается в момент окончания срока действия договора страхования.

6. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, ПРОГРАММА, СТРАХОВЫЕ СУММЫ,

Страховые риски (За исключением случаев, предусмотренных Разделом 4 Полисных условий)	Застрахованные лица	Страховая сумма, рубли
6.1. обращение Застрахованного к Страховщику/ в Сервисную компанию за помощью, требующей оказания медицинских и иных услуг в соответствии с Программой страхования «_____»* при заболевании, обострении хронического заболевания, травме, а также случаях, указанных в Программе страхования «_____»*		
6.2. инвалидность Застрахованного I группы по любой причине**	Страхователь	

*Программа страхования «_____» является Приложением № 1 к настоящему Договору страхования .

**Любая причина – событие (болезнь или несчастный случай), возникшее в течение срока страхования.

7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ Страховая премия должна быть оплачена в течение _____ рабочих дней с даты выдачи полиса.

8. ДЕКЛАРАЦИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ

Принятием настоящего Полиса Страхователь заявляет:

Я уполномочиваю любого врача и/или любое лечебное учреждение, предоставлявших мне медицинские услуги (обследования, консультации, лечение и т.д.) предоставлять по требованию страховой компании ООО «СК «Ренессанс Жизнь» копии медицинских документов (результаты лабораторных и инструментальных исследований, результаты лечения, прогноз по заболеванию и т.д.) как в связи с оценкой страхового риска, так и в связи со страховыми случаями по данному договору страхования.

Ни я, ни мои родственники не являются должностным лицом публичных международных организаций, иностранным публичным должностным лицом, а также лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации. При соответствии должности в указанном перечне, лицо заполняет анкету установленного образца.

В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» Страхователь и Застрахованный (далее – Субъекты ПДн) предоставляют ООО «СК «Ренессанс Жизнь» (далее – Страховщик) согласие на автоматизированную и/или на бумажных носителях обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (в том числе трансграничную), распространение, обезличивание, блокирование и уничтожение) своих персональных данных (далее - ПДн) (ФИО, дата рождения, данные документа, удостоверяющего личность, мобильный телефон, адрес электронной почты, данные о состоянии здоровья и другие сведения, предусмотренные формой Договора страхования (далее - Договор) или содержащиеся в иных документах, передаваемых Страховщику) в целях:

- Подготовки, формирования, заключения, информационного сопровождения (с помощью любых средств связи) и исполнения Договора.
- Продвижения товаров, работ, услуг, проведения опросов для оценки качества услуг, направления любых информационных и рекламных материалов, сообщений и вызовов путём осуществления прямых контактов с помощью любых средств связи, в том числе, но не ограничиваясь, телефонной связи, sms-сообщений, по сети Интернет, в том числе электронной почты (далее – продвижение услуг).
- Осуществления прав и исполнения обязательств Страховщика перед третьими лицами: агентами, перестраховочными организациями, сервисными и иными компаниями (список размещен на официальном сайте Страховщика) при поручении обработки ПДн этим лицам и в рамках заключенных с ними договоров в связи с подготовкой, формированием, заключением, информационным сопровождением (с помощью любых средств связи) и исполнением Договора, а также продвижением услуг.

Субъект ПДн несет ответственность за предоставление согласия на обработку ПДн Выгодоприобретателя. Настоящее согласиедается субъектом ПДн Страховщику на срок действия Договора и в течение 15 лет после окончания срока действия Договора и может быть отозвано Субъектом ПДн в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного им письменного уведомления.

9. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

9.1. Страхователю предоставляется 14 календарных дней со дня заключения договора страхования независимо от момента уплаты страховой премии при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, в течение которого возможно аннулирование договора страхования в порядке, предусмотренном п.п. 7.4 и 10.4 Правил страхования. Желание Страхователя аннулировать Договор страхования должно быть подтверждено письменным заявлением, подписанным Страхователем собственноручно и поданным в офис Страховщика или направленным в адрес Страховщика по адресу, указанному в договоре страхования, средствами почтовой или курьерской связи.

9.2. Страхователь признает, что собственноручная подпись и факсимиле подписи Страховщика (воспроизведенное механическим или иным способом с использованием клише) на настоящем Договоре страхования, а также всех приложениях и дополнительных соглашениях к нему, имеют равную юридическую силу. Факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного лица Страховщика с помощью средств механического или иного копирования на договоре страхования, а также всех приложениях и дополнительных соглашениях к нему будет иметь такую же силу, что и собственноручная подпись уполномоченного лица Страховщика.

Принятием и оплатой Полиса Страхователь подтверждает получение и Программы страхования «_____».

Страховщик

Программа страхования «Доктор ОНЛАЙН»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Страховщик организует и оплачивает предусмотренные настоящей Программой (далее – Программа) медицинские и иные услуги при наступлении страхового случая (именуемые также как «Услуги», «Сервисное сопровождение», «Обслуживание»).

В Программе используются следующие понятия и термины:

1.2. Номер Застрахованного – индивидуальный номер Застрахованного, с помощью которого производится идентификация Застрахованного и активация договора страхования.

1.3. Специалист работник – это уполномоченное лицо Сервисной компании, предоставляющее услуги в соответствии с соответствующими программами.

1.4. Личный Сервисный кабинет – это персональный раздел, находящийся на сайте Сервисной компании / мобильном приложении, доступный только Застрахованным лицам. Личный Сервисный кабинет позволяет Застрахованному лицу оперативно получать дистанционные экстренные консультации, просматривать, прикреплять и хранить медицинские документы.

1.5. Застрахованный получает право пользования услугами в соответствии с заключенным Договором страхования.

1.6. Медицинскую помощь (медицинские услуги) оказывают Застрахованному соответствующие медицинские работники Сервисной компании или специализированные организации, подобранные (рекомендованные) Сервисной компанией.

1.7. Время консультирования Застрахованного по одному вопросу не может превышать 30 минут, исключение составляют случаи, прямо указанные в настоящей Программе.

1.8. Услуги оказываются персонально Застрахованному (то есть, по вопросам, не относящимся к третьим лицам).

1.9. Оказание Услуг не предполагает постановки (подтверждения) диагноза, предоставления заключения о состоянии здоровья, определения видов и методов обследования, назначения лечения (назначение препаратов, рекомендации по использованию медицинских изделий, определение тактики лечения), прогнозирования развития болезни и эффективности выбранного метода лечения.

1.10. Устное консультирование осуществляется непосредственно в ходе телефонного соединения, или видеосвязи или, если необходимо изучение источников правового регулирования или информационных и справочных источников, в течение 48 часов с момента поступления соответствующего запроса Клиента.

1.11. Услуги, оказываемые в письменной форме, предоставляются Сервисной компанией в электронном виде через Личный Сервисный кабинет Клиента или электронной почте в течение 72 часов с момента поступления соответствующего запроса Клиента.

2. ПОРЯДОК ОБСЛУЖИВАНИЯ

2.1. Услуги, предусмотренные настоящей Программой (далее по тексту – Услуги), представляются в соответствии с описанием, приведенным в Разделе 3 настоящей Программы и с учетом положений Раздела 4 настоящей Программы.

2.2. В целях обеспечения конфиденциальности передаваемой информации, услуги предоставляются после прохождения процедуры идентификации Застрахованного лица. При обращении посредством телефонной связи Застрахованное лицо обязано называть номер договора страхования (полиса) и ФИО и дату рождения.

2.3. Застрахованное лицо проходит идентификацию путем обращения по телефонам _____

После прохождения процедуры идентификации Застрахованному предоставляется доступ в Личный Сервисный кабинет, для записи на консультации, доступа к истории обращений, отправки и хранения документов.

2.4. Услуги оказываются только Застрахованным лицам.

2.5. Все запросы на оказание Услуг должны быть сформулированы Застрахованным в ясной форме, позволяющей однозначно определить суть запроса, содержать информацию обо всех существенных обстоятельствах правоотношений, являющихся его предметом. В случае непредставления достаточных сведений для оказания услуг, Сервисная компания вправе запросить у Застрахованного лица дополнительные сведения и/или документы. Запрос, сформулированный в иной форме, нежели это предусмотрено настоящим пунктом, не допускается и обслуживание по такому запросу не осуществляется.

2.6. Для получения предусмотренных настоящей Программой услуг Застрахованное лицо обязано обратиться в Сервисную компанию по телефону _____, для получения дистанционных экстренных консультаций, Письменной консультации «Второе мнение – Россия» также через Личный Сервисный кабинет на Сайте или через мобильное приложение.

2.7. При возникновении проблем с оказанием медицинских услуг, или претензий на организацию медицинской помощи, Застрахованному лицу необходимо обратиться в Сервисную компанию по телефонам _____.

2.8. В случае утери полиса, изменения персональных данных (фамилии, имени, отчества, адреса проживания, номеров контактных телефонов), Застрахованному лицу необходимо довести данную информацию до Страховщика.

2.9. Страхование по настоящей Программе начинает действовать не ранее активации.

2.10. Услуги, оказываемые в рамках настоящей Программы, не предполагают постановки диагноза, предоставления заключения о состоянии здоровья, определения видов и методов обследования, назначения лечения (назначение препаратов, рекомендации по использованию медицинских изделий, определение тактики лечения), прогнозирования развития болезни и эффективности выбранного метода лечения вместо лечащего врача Застрахованного лица. Информация медицинского характера, получаемая Застрахованным лицом, предназначена для обсуждения с лечащим врачом Застрахованного лица.

2.11. Оказание услуг посредством переписки с Застрахованным лицом не осуществляется. Услуги, оказываемые в письменной форме предоставляются в электронном виде через Личный Сервисный кабинет Застрахованного или по эл. почте.

2.12. Устное консультирование осуществляется непосредственно в ходе телефонного соединения или, если необходимо изучение документов, источников правового регулирования или информационных и справочных источников, в течение 48 (Сорок восемь) часов с момента поступления соответствующего запроса Застрахованного лица.

2.13. Застрахованное лицо имеет право:

2.13.1. Пользоваться услугами Сервисной компании в течение всего срока действия страхования и на условиях оплаченных программ;

2.13.2. Сообщать Сервисной компании и Страховщику обо всех случаях непредставления услуг, а равно некорректного общения с Застрахованным лицом;

2.13.3. Получать необходимую и достоверную информацию о Сервисной компании, об объеме предоставляемых в рамках оплаченного варианта Программы Услуг, а также иную информацию, связанную с исполнением Договора;

2.13.7. Обращаться в Сервисную компанию и к Страховщику по всем вопросам качества услуг, предоставляемых Сервисной компанией.

2.13.8. В любой момент изменить идентификационные данные посредством обращения в Сервисную компанию.

2.14. Застрахованный обязан:

2.14.1. Соблюдать внутренний распорядок и режим работы медицинских организаций, в которые он обращается по рекомендациям Сервисной компании, а также инструкции Сервисной компании;

2.14.2. Ознакомиться с Программой;

2.14.3. Предпринять все необходимое и зависящее от него для обеспечения качественной телефонной связи в случае обращения в Сервисную компанию посредством телефонной связи;

2.14.4. При обращении в Сервисную компанию за получением услуг (посредством телефонной связи) формулировать свой запрос в форме, позволяющей однозначно определить суть вопроса;

2.14.5. Не использовать справочные и информационные продукты Сервисной компании в целях, противоречащих действующему законодательству РФ, а равно не совершать с их использованием действий, наносящих вред Сервисной компании, Страховщику и (или) третьим лицам, не использовать информацию, полученную в Сервисной компании, в ущерб правам и законным интересам третьих лиц;

2.14.7. Пользоваться услугами лично и в соответствии с настоящей Программой;

2.14.8. Не нарушать права интеллектуальной собственности Сервисной компании, Страховщика и Специалистов.

2.15. Сервисная компания в целях оказания Услуг имеет право:

2.15.1. Привлекать для осуществления своей деятельности других юридических и/или физических лиц в соответствии с действующим законодательством;

2.15.2. Проверять предоставленную Застрахованным лицом информацию, а также выполнение Застрахованным лицом условий договора страхования;

2.15.3. Требовать от Застрахованного лица документальное подтверждение того, что сформулированный им запрос имеет отношение к нему персонально.

3. ОПИСАНИЕ УСЛУГ

Описание Услуг, оказываемых по запросу Застрахованного лица, и порядок их предоставления:

3.1. Дистанционные устные консультации «Право пациента»/«Мнение врача» – это консультация по всем вопросам, связанным с охраной здоровья Застрахованного, обращениям в медицинские организации, получением своевременной и квалифицированной медицинской помощи. При каждом обращении консультация предоставляется только по одной проблеме Застрахованного лица.

Устная консультация предоставляется исходя из сведений, сообщённых Застрахованным лицом при обращении в Сервисную компанию по телефону. В случае, если для предоставления устной консультации необходимо изучение документов, Застрахованное лицо обязано направить их по запросу Сервисной компании через Личный Сервисный кабинет и их объем не может быть более 10 (Десять) листов рукописного и (или) машинописного текста формата А4. Работник Сервисной компании на основании полученной информации определяет способы разрешения ситуации в интересах Застрахованного лица исходя из представленных документов.

Устные консультации предоставляются по телефону или через видеосвязь с 9:00 до 21:00 по местному времени, без выходных дней. По вопросам, требующим дополнительного изучения, ознакомления с ведомственными нормативными актами, Сервисная компания выполняет консультирование в течение 48 часов с момента регистрации соответствующего запроса Застрахованного лица. При необходимости время предоставления услуги может быть увеличено по усмотрению Сервисного центра до 72 часов с момента регистрации соответствующего запроса Застрахованного лица.

Устная консультация первоначально не предполагает изучение документов Застрахованного лица, подтверждающих его вопрос и (или) причину обращения. Документы могут быть запрошены Сервисной компанией или предоставлены Застрахованным лицом через Личный Сервисный кабинет в случае запроса работника Сервисной компании.

Запрос Застрахованного лица регистрируется в период времени с 9:00 до 21:00 по местному времени. В случае, если запрос поступил позднее 21:00, запрос регистрируется в 9:00 дня, следующего за днем направления запроса, а если запрос доставлен до 9:00, он регистрируется в 9:00 этого же дня.

В рамках устной консультации «Право пациента» Застрахованное лицо вправе запросить предоставление следующих услуг:

- получение устного заключения специалиста «Мнение врача» о соблюдении лечащим врачом пациента требований законодательства РФ и отраслевых норм при получении данных о заболевании пациента и назначенному лечении.

Дистанционная консультация не предполагает постановки диагноза Застрахованному лицу, определения метода рекомендуемого лечения и прогнозирования течения заболевания, и направлена исключительно на информирование Застрахованного лица о его правах в области здравоохранения.

Под использованием видеосвязью понимается использование программы Skype. Данный вид связи используется при наличии технической возможности на стороне Клиента.

Время видеосвязи согласовывается Компанией и Застрахованным лицом при подготовке оказания услуги. Специалист при подготовке оказания услуги запрашивает у Застрахованного лица наименование его учетной записи в программе Skype и уведомляет Застрахованное лицо о необходимости принять запрос на добавление в список контактов от пользователя _____.

Время консультирования по одному вопросу не может превышать 30 минут.

3.2. Дистанционные экстренные консультации – устные консультации, выполняемые врачами по телефону, через видеосвязь и путем обмена сообщениями и файлами в Личном Сервисном кабинете круглосуточно семь дней в неделю по вопросам, связанным с состоянием здоровья, требующим немедленного реагирования.

Круглосуточная экстренная устная консультация предоставляется 24 часа в сутки ежедневно. Дистанционная экстренная устная консультация может быть запрошена Застрахованным лицом по поводу событий, произошедших не ранее 2 часов до момента обращения.

Экстренные консультации, предоставляются супруге (супругу) и несовершеннолетним детям Застрахованного лица, если это предусмотрено вариантом Программы и застрахованное лицо при прохождении процедуры идентификации в соответствии с настоящей Программой указало о наличии супруга (супруги) и несовершеннолетних детей Застрахованного лица.

Под использованием видеосвязью понимается использование функции видеосвязи в Личном Сервисном кабинете на сайте или мобильном приложении. Данный вид связи используется при наличии технической возможности на стороне Клиента.

Видеосвязь со специалистом осуществляется в течение 5 мин. с момента отправки заявки на консультацию через Личный Сервисный кабинет на сайте или мобильном приложении.

Данный вид обслуживания по одному вопросу не может превышать 30 минут.

3.3. Письменная консультация «Второе мнение – Россия» – организация предоставления письменного заключения профильного врача-специалиста по результатам устной или видеоконсультации с профильным врачом-специалистом на основании направленного Застрахованным первичного заключения врача и иных необходимых для консультации медицинских документов. Предоставляется в виде письменного заключения по результатам проведенной консультации.

3.4. Честная фармакология – предоставление информации об аналогах лекарственных средств исходя из данных о составе лекарственных средств, о наличии препаратов с аналогичным действующим веществом. Информация предоставляется с целью обсуждения с лечащим врачом получателя услуги возможности применения иного препарата, отличного от назначенного ранее. При этом получатель услуги считается ознакомленным с настоящей Программой и предупрежденным о недопустимости самостоятельной замены одного препарата другим без консультации с лечащим врачом.

Предоставляется устная консультация исходя из данных о составе лекарственного средства и наличии препаратов, схожих по составу.

3.5. Проверка лекарственных средств на подлинность – проведение информационного поиска, проверка на наличие препарата в списке забракованных или изъятых из обращения лекарственных средств на территории России. Услуга предоставляется при условии сообщения Сервисной компании данных, необходимых для проведения онлайн проверки. В случае невозможности моментальной проверки, вызванной временной неработоспособностью сервиса, услуга предоставляется после восстановления работоспособности сервиса.

3.6. Медицинский навигатор – сообщение сведений о медицинских организациях, находящихся на территории РФ в указанном в запросе районе – об адресах и режиме работы.

3.7. Специальные цены на лекарственные средства – предоставление специальных цен при покупке лекарственных средств в аптеках партнерской сети Сервисной компании: Застрахованное лицо при обращении в Сервисную компанию по телефону запрашивает специальную цену на интересующий его препарат, и при наличии такой цены получает информацию об аптеках, в которых препарат возможно приобрести по специальной цене при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

4. ОБЪЕМ УСЛУГ ПО ПРОГРАММЕ

Услуги, указанные в разделе 3 «Описание услуг», в рамках настоящей Программы оказываются в объеме, представленном в таблице:

Вид услуги	
Личный Сервисный кабинет	Включено
Дистанционные устные консультации «Право пациента»/«Мнение врача»	8 консультаций
Дистанционная экстренная устная консультация	Безлимитно
Письменная консультация «Второе мнение - Россия»	1 консультация в год
Честная фармакология	Включено
Медицинский навигатор	Включено
Проверка лекарственных средств на подлинность	Включено
Специальные цены на лекарственные средства	Включено

Приложение № 3 к Комплексным
правилам страхования «Доктор
онлайн», утвержденным приказом
от 15.02.2019 № 190215-05-од

Программа страхования «Доктор плюс»

1. УСЛУГИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ

1.1. В перечень Услуг, оказываемых Застрахованным по данной Программе, входят:

1.1.1. первичные и повторные консультации дежурного В врача-консультанта (терапевта), (далее – Врач), выполняемые круглосуточно с понедельника по воскресенье после получения заявки через Сервис – без ограничений по числу обращений в течение срока страхования;

1.1.2. «Второе медицинское мнение» (однократно по одному и тому же заболеванию), по которым у Застрахованного уже есть первичное заключение врача. Услуга оказывается дежурными Врачами-консультантами (терапевтами) после предоставления первичного заключения врача.

1.2. Услуги не оказываются:

1.2.1. в случае обращения Застрахованного за оказанием Услуг, предусмотренных настоящей Программой, до начала или после окончания срока страхования по настоящей Программе;

1.2.2. услуги, оплата которых прямо не предусмотрена настоящей Программой, в том числе: вызовы врача на дом, услуги, оказываемые в условиях дневного стационара и в стационарных условиях; услуги по инструментальной и лабораторной диагностике; услуги скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, услуги по вызову скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;

1.2.3. в случае, если Застрахованным не дано согласие на обработку персональных данных в соответствии с действующим законодательством.

2. ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ, ПРЕДУСМОТРЕННЫХ НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММОЙ

2.1. Обеспечиваемые настоящей Программой страхования «Доктор плюс» услуги (далее – «Услуги») заключаются в предоставлении Застрахованным Врачами медицинских консультаций по вопросам здоровья с использованием интерактивной веб-платформы в сети Интернет и мобильных приложений (далее – «Сервис») в режиме реального времени. Услуги оказываются с использованием видеосвязи, аудиосвязи, путем обмена сообщениями и файлами.

2.2. Застрахованному предоставляются медицинские консультации по всем вопросам, за исключением вопросов, по которым Врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду невозможности произвести осмотр и иные исследования и манипуляции в отношении Застрахованного дистанционным способом, а также вопросов, для ответа на которые необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров другими специалистами, результатов лабораторного и инструментального обследования) при ее отсутствии.

2.3. Застрахованный до оказания Услуги предоставляет Врачу информацию об установленных Застрахованному диагнозах, перенесенных Застрахованным заболеваниях, известных аллергических реакциях, противопоказаниях к проведению вмешательств, приему препаратов, персылает Врачу копии необходимых документов с использованием Сервиса «Личный кабинет».

2.4. При оказании Услуг, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, Врач информирует Застрахованного о специалистах, к которым следует обратиться для постановки и (или) подтверждения и (или) уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную информацию.

2.5. Застрахованный, прежде чем заказать оказание Услуг, предусмотренных настоящей Программой, должен пройти процесс предварительной регистрации в интерактивной веб-платформе «Доктор рядом» на сайте <https://telemed.drclinics.ru> (далее – Сайт) или в мобильном приложении «Доктор рядом.Телемед». При регистрации Застрахованный обязан дать согласие на обработку персональных данных и предоставление медицинской информации Страховщику и Сервисной компании.

2.6. Правила регистрации в интерактивной веб-платформе:

2.7.1. Оказание Услуг может осуществляться с использованием следующего оборудования Застрахованного: персональный компьютер, мобильный телефон, которые должны соответствовать техническим требованиям, указанным далее. Для получения предусмотренных настоящей Программой услуг необходимо убедиться в том, что устройство, через которое будет осуществляться доступ к веб-платформе, соответствует следующим требованиям: При использовании персонального компьютера:

- подключенная к компьютеру видеокамера обладает разрешением не ниже 1024 x 720 (в случае, если выбран способ оказания услуг с использованием видеосвязи);
- к компьютеру подключен микрофон (в случае, если выбран способ оказания услуг с использованием видео- или аудиосвязи);
- операционная система MS Windows версией не ниже XP или Mac OS X;
- Интернет-обозреватель (браузер) Google Chrome (рекомендуемый), Mozilla Firefox или Opera последней версии;

- скорость канала доступа в Интернет не ниже 1 Мбит/с.

При использовании мобильного телефона:

- модель мобильного телефона Apple Iphone 5 и выше с работающей камерой, микрофоном и иными необходимыми функциями;
- мобильный телефон, работающий на системе Android 5.1 и выше;
- любой телефон, если пользователь будет обращаться для оказания услуг не через сеть Интернет

Для мобильных устройств Apple необходима система не ниже IOS 9 для установки мобильного приложения, для устройств на системе Android - не ниже 5.1.

2.7.2. Видеоконсультацию можно получить либо через личный кабинет на сайте <https://telemed.drclinics.ru>, либо через мобильное приложение «Доктор рядом.Телемед».

2.7.2. Застрахованный самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им оборудования и программного обеспечения.

После регистрации на Сайте Застрахованный переходит в раздел «Личный кабинет». Раздел «Личный кабинет» представляет собой персональный раздел на Сайте, который позволяет Застрахованному направлять запрос на оказание Услуг, связываться с дежурным Врачом, получать устные и письменные консультации.

2.7.3. Для активации Программы страхования «Доктор плюс» Застрахованному необходимо:

- Скачать приложение «Доктор рядом.Телемед» в App store / Play market или зайти на сайт <https://telemed.drclinics.ru/>
- Зарегистрироваться (указать логин, пароль, ФИО и дату рождения, а также номер телефона);

2.8. Консультация с Врачом-консультантом.

Для получения предусмотренных Программой Услуг необходимо выполнить следующие действия:

2.8.1. Перейти на главную страницу сайта, нажав на «Главная» в верхнем меню сайта, или зайти в мобильное приложение «Доктор рядом», выбрать необходимого В врача-консультанта и нажать на кнопку «Записаться». Перед консультацией рекомендуется проверить оборудование компьютера пользователя с помощью раздела личного кабинета «Проверка связи» / разрешения на доступ к камере и микрофону в настройках телефона.

2.8.2. При выборе дежурного В врача (терапевт, педиатр), в открывшемся окне создания заявки на консультацию выбрать «Продолжить».

2.8.3. Дождаться, когда дежурный Врач (терапевт, педиатр) свяжется с Застрахованным (будет открыто окно консультации) – свободный дежурный Врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), свяжется с Застрахованным с использованием Сервиса, либо путем совершения звонка на номер мобильного телефона Застрахованного, указанного при регистрации.

2.8.4. До начала консультации и во время ее Застрахованный может отправлять Врачу текстовые сообщения и изображения.

2.8.5. Застрахованный может оставить заявку на консультацию с дежурным Врачом (терапевтом, педиатром) через Сервис, при этом Застрахованному необходимо оставаться в личном кабинете Сайта (не выходить из личного кабинета, находится в системе онлайн) или авторизоваться в мобильном приложении.

2.8.6. Когда Врач будет связываться с Застрахованным, появится окно вызова, в котором необходимо выбрать один из способов связи: видео, аудио или переписка.

2.8.7. Консультация начинается после выбора способа связи и длится до тридцати минут.

2.8.8. При выборе Врача, доступного по предварительной записи, необходимо выбрать дату и время, а затем нажать кнопку «Записаться».

2.8.9. После того, как запись на консультацию Врача (специалиста) создана, Застрахованный получает SMS-сообщение с указанием времени и даты проведения консультации через Сервис.

2.8.10. В назначенное для консультации с Врачом (специалистом) время, необходимо зайти на Сайт и авторизоваться в личном кабинете / быть авторизованным в мобильном приложении и ожидать, когда Врач (специалист) свяжется с Застрахованным. В назначенное время происходит соединение Врача- (специалиста) с Застрахованным и начинается онлайн-консультация продолжительностью до тридцати минут.

2.8.11. Если в момент, когда Врач пытается связаться с Застрахованным, последнего не было в системе (онлайн), и Врач не смог связаться с ним посредством Сервиса и не смог с 3 (трех) попыток дозвониться до Застрахованного по номеру мобильного телефона, указанному при регистрации на Сайте, консультация закрывается.

2.8.12. Если после отправки запроса Застрахованный захочет отказаться от оказания Услуг, он обязан уведомить об этом через Личный кабинет до начала оказания консультации с Врачом (специалистом) по записи, в противном случае консультация считается неоказанной по вине Застрахованного.

2.8.13. По итогам консультации Врач пишет заключение и направляет его Застрахованному через Сервис.

2.9. Застрахованный должен соблюдать инструкции, рекомендации, которые будут сообщены исполнителем медицинских услуг (Врачом), а также переданы в письменном виде (при обмене электронными сообщениями через веб-платформу или мобильное приложение), в том числе предоставить (с использованием веб-платформы или мобильного приложения) исполнителю медицинских услуг (Врачу) необходимую для качественного оказания услуг медицинскую информацию, которой располагает или должен располагать Застрахованный, в том числе медицинские документы, описывающие и подтверждающие развитие заболеваний, обострений заболеваний, а также отражающие результаты обследования и лечения.

Необходимая медицинская информация – это вся та информация медицинского характера, которая необходима исполнителю медицинских услуг (Врачу) для того, чтобы должным образом оказать предусмотренные

настоящей программой услуги: медицинские заключения об имеющихся заболеваниях, по которым непосредственно и проводятся консультации, результаты дополнительных исследований и обследований, а также все те документы медицинского характера, которые Застрахованный может предоставить.

2.10. Предоставление Услуг, для оказания которых необходимо изучение медицинских документов, начинается только после предоставления этих документов Застрахованным.

Приложение №4 к Комплексным
правилам страхования «Доктор
онлайн», утвержденным приказом
от 15.02.2019 № 190215-05-од

Программа страхования «Доктор ОНЛАЙН+»

Программа страхования «Доктор ОНЛАЙН+» включает в себя 2 раздела: «Телемедицина» и «Онконавигатор»

Раздел I. Телемедицина

1. УСЛУГИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ПО ПРОГРАММЕ

1.1. В перечень Услуг, оказываемых Застрахованным по данной Программе, входят:

1.1.1. первичные и повторные консультации дежурного Врача-консультанта (терапевта, педиатра), (далее – Врач), выполняемые круглосуточно с понедельника по воскресенье после получения заявки через Сервис – без ограничений по числу обращений в течение срока страхования;

1.1.2. первичные и повторные консультации Врачей-консультантов (специалистов – Консультантов в рамках Сервиса), (далее – Врач), участвующих в оказании услуг, выполняемые через сеть Интернет по предварительной записи – без ограничений по числу обращений в течение срока страхования. Услуги в форме консультации по записи Врачом-консультантом (специалистом) могут быть оказаны только в заранее указанное при записи время.

1.2. Услуги не оказываются:

1.2.1. в случае обращения Застрахованного за оказанием Услуг, предусмотренных настоящей Программой, до начала или после окончания срока страхования по настоящей Программе;

1.2.2. услуги, оплата которых прямо не предусмотрена настоящей Программой, в том числе: вызовы врача на дом, услуги, оказываемые в условиях дневного стационара и в стационарных условиях; услуги по инструментальной и лабораторной диагностике; услуги скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, услуги по вызову скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;

1.2.3. в случае, если Застрахованным не дано согласие на обработку персональных данных в соответствии с действующим законодательством.

1.3. По программе «Телемедицина» установлен период ожидания. В течение периода ожидания услуги по программе «Телемедицина» не оказываются. Период ожидания составляет 14 дней.

2. ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ, ПРЕДУСМОТРЕННЫХ НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММОЙ

2.1. Обеспечиваемые настоящей Программой страхования в рамках раздела «Телемедицина» услуги (далее – «Услуги») заключаются в предоставлении Застрахованным Врачами медицинских консультаций по вопросам здоровья с использованием интерактивной веб-платформы в сети Интернет и мобильных приложений (далее – «Сервис») в режиме реального времени. Услуги оказываются с использованием видеосвязи, аудиосвязи, путем обмена сообщениями и файлами.

2.2. Застрахованному предоставляются медицинские консультации по всем вопросам, за исключением вопросов, по которым Врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду невозможности произвести осмотр и иные исследования и манипуляции в отношении Застрахованного дистанционным способом, а также вопросов, для ответа на которые необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров другими специалистами, результатов лабораторного и инструментального обследования) при ее отсутствии.

2.3. Застрахованный до оказания Услуги предоставляет Врачу информацию об установленных Застрахованному диагнозах, перенесенных Застрахованным заболеваниях, известных аллергических реакциях, противопоказаниях к проведению вмешательств, приему препаратов, пересыпает Врачу копии необходимых документов с использованием Сервиса «Личный кабинет».

2.4. При оказании Услуг, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, Врач информирует Застрахованного о специалистах, к которым следует обратиться для постановки и (или) подтверждения и (или) уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную информацию.

2.5. Застрахованный, прежде чем заказать оказание Услуг, предусмотренных настоящей Программой, должен пройти процесс предварительной регистрации в интерактивной веб-платформе «Доктор рядом» на сайте <https://telemed.drclinics.ru> (далее – Сайт) или в мобильном приложении «Доктор рядом.Телемед». При регистрации Застрахованный обязан дать согласие на обработку персональных данных и предоставление медицинской информации Страховщику и Сервисной компании.

2.6. Правила регистрации в интерактивной веб-платформе:

2.7.1. Оказание Услуг может осуществляться с использованием следующего оборудования Застрахованного: персональный компьютер, мобильный телефон, которые должны соответствовать техническим требованиям, указанным далее. Для получения предусмотренных настоящей Программой услуг необходимо убедиться в том, что устройство, через которое будет осуществляться доступ к веб-платформе, соответствует следующим требованиям: При использовании персонального компьютера:

- подключенная к компьютеру видеокамера обладает разрешением не ниже 1024 x 720 (в случае, если выбран способ оказания услуг с использованием видеосвязи);
- к компьютеру подключен микрофон (в случае, если выбран способ оказания услуг с использованием видео- или аудиосвязи);
- операционная система MS Windows версией не ниже XP или Mac OS X;
- Интернет-обозреватель (браузер) Google Chrome (рекомендуемый), Mozilla Firefox или Opera последней версии;
- скорость канала доступа в Интернет не ниже 1 Мбит/с.

При использовании мобильного телефона:

- модель мобильного телефона Apple Iphone 5 и выше с работающей камерой, микрофоном и иными необходимыми функциями;
- мобильный телефон, работающий на системе Android 5.1 и выше;
- любой телефон, если пользователь будет обращаться для оказания услуг не через сеть Интернет

Для мобильных устройств Apple необходима система не ниже IOS 9 для установки мобильного приложения, для устройств на системе Android - не ниже 5.1.

2.7.2. Видеоконсультацию можно получить либо через личный кабинет на сайте <https://telemed.drclinics.ru>, либо через мобильное приложение «Доктор рядом.Телемед».

2.7.2. Застрахованный самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им оборудования и программного обеспечения.

После регистрации на Сайте Застрахованный переходит в раздел «Личный кабинет». Раздел «Личный кабинет» представляет собой персональный раздел на Сайте, который позволяет Застрахованному направлять запрос на оказание Услуг, связываться с дежурным Врачом, получать устные и письменные консультации.

2.7.3. Для активации Программы страхования Застрахованному необходимо:

- Скачать приложение «Доктор рядом.Телемед» в App store / Play market или зайти на сайт <https://telemed.drclinics.ru/>
- Зарегистрироваться (указать логин, пароль, ФИО и дату рождения, а также номер телефона);

2.8. Консультация с Врачом-консультантом.

Для получения предусмотренных Программой Услуг необходимо выполнить следующие действия:

2.8.1. Перейти на главную страницу сайта, нажав на «Главная» в верхнем меню сайта, или зайти в мобильное приложение «Доктор рядом», выбрать необходимого Врача-консультанта и нажать на кнопку «Записаться». Перед консультацией рекомендуется проверить оборудование компьютера пользователя с помощью раздела личного кабинета «Проверка связи» / разрешения на доступ к камере и микрофону в настройках телефона.

2.8.2. При выборе дежурного Врача (терапевт, педиатр), в открывшемся окне создания заявки на консультацию выбрать «Продолжить».

2.8.3. Дождаться, когда дежурный Врач (терапевт, педиатр) свяжется с Застрахованным (будет открыто окно консультации) – свободный дежурный Врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), свяжется с Застрахованным с использованием Сервиса, либо путем совершения звонка на номер мобильного телефона Застрахованного, указанного при регистрации.

2.8.4. До начала консультации и во время нее Застрахованный может отправлять Врачу текстовые сообщения и изображения.

2.8.5. Застрахованный может оставить заявку на консультацию с дежурным Врачом (терапевтом, педиатром) через Сервис, при этом Застрахованному необходимо оставаться в личном кабинете Сайта (не выходить из личного кабинета, находится в системе онлайн) или авторизоваться в мобильном приложении.

2.8.6. Когда Врач будет связываться с Застрахованным, появится окно вызова, в котором необходимо выбрать один из способов связи: видео, аудио или переписка.

2.8.7. Консультация начинается после выбора способа связи и длится до тридцати минут.

2.8.8. При выборе Врача, доступного по предварительной записи, необходимо выбрать дату и время, а затем нажать кнопку «Записаться».

2.8.9. После того, как запись на консультацию Врача (специалиста) создана, Застрахованный получает SMS-сообщение с указанием времени и даты проведения консультации через Сервис.

2.8.10. В назначенное для консультации с Врачом (специалистом) время, необходимо зайти на Сайт и авторизоваться в личном кабинете / быть авторизованным в мобильном приложении и ожидать, когда Врач (специалист) свяжется с Застрахованным. В назначенное время происходит соединение Врача- (специалиста) с Застрахованным и начинается онлайн-консультация продолжительностью до тридцати минут.

2.8.11. Если в момент, когда Врач пытается связаться с Застрахованным, последнего не было в системе (онлайн), и Врач не смог связаться с ним посредством Сервиса и не смог с 3 (трех) попыток дозвониться до Застрахованного по номеру мобильного телефона, указанному при регистрации на Сайте, консультация закрывается.

2.8.12. Если после отправки запроса Застрахованный захочет отказаться от оказания Услуг, он обязан уведомить об этом через Личный кабинет до начала оказания консультации с Врачом (специалистом) по записи, в противном случае консультация считается неоказанной по вине Застрахованного.

2.8.13. По итогам консультации Врач пишет заключение и направляет его Застрахованному через Сервис.

2.9. Застрахованный должен соблюдать инструкции, рекомендации, которые будут сообщены исполнителем медицинских услуг (Врачом), а также переданы в письменном виде (при обмене электронными сообщениями через

веб-платформу или мобильное приложение), в том числе предоставить (с использованием веб-платформы или мобильного приложения) исполнителю медицинских услуг (Врачу) необходимую для качественного оказания услуг медицинскую информацию, которой располагает или должен располагать Застрахованный, в том числе медицинские документы, описывающие и подтверждающие развитие заболеваний, обострений заболеваний, а также отражающие результаты обследования и лечения.

Необходимая медицинская информация – это вся та информация медицинского характера, которая необходима исполнителю медицинских услуг (Врачу) для того, чтобы должным образом оказать предусмотренные настоящей программой услуги: медицинские заключения об имеющихся заболеваниях, по которым непосредственно и проводятся консультации, результаты дополнительных исследований и обследований, а также все те документы медицинского характера, которые Застрахованный может предоставить.

2.10. Предоставление Услуг, для оказания которых необходимо изучение медицинских документов, начинается только после предоставления этих документов Застрахованным.

Раздел II. Онконавигатор

3. УСЛУГИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ПО ПРОГРАММЕ «Онконавигатор»

3.1. Услуги по программе «Онконавигатор» могут быть предоставлены только в случае первичного диагностирования у Застрахованного злокачественной опухоли (рака).

Злокачественные опухоли (рак) — результат перерождения клеток, характеризующийся утратой нормальной регуляции роста, что проявляется бесконтрольным размножением, отсутствием дифференцировки, способностью к инвазии тканей и метастазированию.

К таким заболеваниям относятся заболевания, отвечающие вышеуказанным характеристикам, возникшие в течение срока страхования, включая:

- лейкемию;
- лимфомы (за исключением кожной лимфомы);
- саркомы.

Диагноз должен быть подтвержден онкологом на основании данных гистологического исследования.

К таким заболеваниям не относятся следующие патологические состояния/диагнозы:

- опухоли со злокачественными изменениями карцином in situ (включая дисплазию шейки матки 1, 2, 3 стадии) или гистологически описанные как предраки;
- меланома, максимальная толщина которой, в соответствии с гистологическим заключением, меньше 1,5 мм или которая не превышает уровень развития T3N0M0 по классификации TNM, любая другая опухоль, не проникшая в сосочково-ретикулярный слой;
- все гиперкератозы или базально-клеточные карциномы кожи;
- все эпителиально-клеточные раки кожи при отсутствии прорастания в другие органы;
- саркома Капоши и другие опухоли, ассоциированные с ВИЧ-инфекцией или СПИД;
- рак предстательной железы стадии T1 (включая T1a, T1b) по классификации TNM.

По программе «Онконавигатор» установлен период ожидания. В случае диагностирования заболевания, указанного в п. 3.1. настоящего Раздела, в течение периода ожидания, услуги по программе «Онконавигатор» не оказываются. Период ожидания составляет 90 дней.

3.2. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, то есть, после первичного диагностирования заболевания, указанного в п. 3.1 настоящего Раздела, Застрахованный устно уведомляет Страховщика/Сервисную компанию по номеру 8 800 555 99 69 в течение 35 (тридцати пяти) календарных дней со дня, когда Страхователю (Застрахованному) стало известно о случившемся.

3.3. Сервисная компания в срок не позднее следующего рабочего дня за днем обращения Застрахованного лица связывается с ним и проводит идентификацию обратившегося лица. Сервисная компания информирует о необходимости сбора и предоставления по электронной почте следующего пакета обязательных документов:

- Согласие на обработку персональных данных (копия, по форме, установленной Сервисной компанией);
- Договор страхования;
- Заявление о наступлении страхового события / о страховом случае (копия по форме, предоставленной Сервисной компанией);
- Документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица (простая копия);
- Справка / выписка из медицинской карты амбулаторного больного (из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях), содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения Договора страхования заболеваниях минимум за последние 10 (десять) лет – информация о перенесенных ранее заболеваниях (закрытая копия);

• Справка от онколога по месту жительства, содержащая информацию о том, когда Застрахованный был взят на диспансерный учет и по какому онкологическому заболеванию (закрытая копия);

• Если в процессе лечения или проведения каких-либо медицинских манипуляций был поставлен предварительный онкологический диагноз, то предоставляется выписка/справка из соответствующей медицинской организации (закрытая копия);

• Протоколы проведенных медицинских вмешательств, по результатам которых был заподозрен онкологический диагноз, включая, но не ограничиваясь протоколами ультразвуковых исследований,

фиброзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии, иных эндоскопических исследований (вмешательств), компьютерной томографии, магниторезонансной томографии (заверенная копия);

• Протокол гистологического/цитологического исследования, если были показания/рекомендации, а также техническая возможность его провести (заверенная копия);

• Результат анализа крови на ВИЧ/или СПИД (заверенная копия);

• Справка медицинской организации (выписка из медицинской карты амбулаторного/стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни)), с диагнозом, сроками лечения, результатами обследования, лечение (заверенная копия);

• В случае обращения по профилю «онкогинекология» также справка /выписка от гинеколога, содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения договора добровольного медицинского страхования заболеваниях минимум за последние 10 (десять) лет – информация о перенесенных ранее заболеваниях (заверенная копия).

3.4. Застрахованный обязан предоставить в Сервисную компанию всю известную информацию о страховом случае и все необходимые документы для установления факта страхового случая и проведения верификации диагноза.

3.5. Требования, предъявляемые к медицинской документации и проведению диагностирования первично установленного онкологического заболевания:

3.5.1. Диагноз должен быть установлен в период действия страхования по Программе, подтвержден гистологически, за исключением случаев, когда получение биологического материала невозможно ввиду специфики клинического случая и локализации онкологического/онкогематологического процесса (головной мозг, почка, лимфопroliferация и т.д.), а также специалистом-онкологом;

3.5.2. Документы, содержащие медицинскую информацию, предъявляемые Застрахованными лицами, должны быть надлежащим образом заверены медицинскими организациями, их выдавшими;

3.5.3. Медицинский документ содержит все необходимые реквизиты и данные, предусмотренные соответствующими нормативными актами. При этом, на всех медицинских документах должны быть указаны фамилия, инициалы и дата рождения Застрахованного, а именно:

3.5.4. На электрокардиограммах, рентгенограммах, результатах обследования на компьютерном томографе и других документах / изображениях, явившихся результатом машинной обработки информации, фамилия, инициалы и дата рождения Застрахованного должны составлять единое целое с документом / изображением без возможности их изменения.

3.5.5. На иных документах (на медицинских справках, выписках, отчетах и прочих) фамилия, инициалы и дата рождения должны быть указаны способом, исключающим возможность их исправления.

3.6. По требованию Сервисной компании Застрахованное лицо обязано предъявить оригиналы документов, указанных в пункте 3.3. настоящего Раздела, представителю Сервисной компании или доставить оригиналы этих документов в Сервисную компанию.

3.7. По получению полного пакета обязательных документов, указанных в пункте 3.3 настоящего Раздела, Сервисная компания проводит медико-юридическую проверку предоставленного Застрахованным лицом полного пакета обязательных документов в течение 5 (пяти) рабочих дней. Медико-юридическая проверка проводится единожды (за все периоды страхования – первоначальное заключение договора, пролонгация) при первоначальном обращении Застрахованного лица при наступлении события, имеющего признаки страхового.

3.8. В случае если документов, указанных в пункте 3.3. настоящего Раздела, недостаточно для определения причин и обстоятельств наступления страхового случая и проведения медико-юридической проверки, Сервисная компания вправе мотивированно запросить у Застрахованного лица дополнительные документы.

3.9. В случае если Застрахованным лицом предоставлены недостаточные для организации и оказания любых Услуг сведения, Сервисная компания извещает об этом Застрахованное лицо в течение 5 (Пяти) рабочих дней, сообщая, какие дополнительные сведения и документы необходимы.

3.10. При обращении Застрахованного лица в Сервисную компанию при диагностировании злокачественного новообразования и при соблюдении следующих условий:

• соответствие события признакам страхового случая;

• при подтверждении злокачественного новообразования гистологически, за исключением случаев, когда получение биологического материала невозможно ввиду специфики клинического случая и локализации онкологического/онкогематологического процесса (головной мозг, почка, лимфопroliferация и т.д.), а также специалистом-онкологом;

• при соответствии Застрахованного лица требованиям, предъявляемым к лицам, принимаемым на страхование,

• при наступлении страхового случая в предыдущие периоды страхования - при непрерывной пролонгации Договора страхования в отношении одного и того же Застрахованного лица.

Сервисная компания предоставляет следующие услуги в рамках программы «Онконавигатор»:

3.10.1. Услуга «Прикрепление персонального менеджера». Персональный менеджер – сотрудник Сервисной компании, прикрепляемый к Застрахованному и отвечающий за его дальнейшее сопровождение в рамках оказания услуг в соответствии с п. 3.10 настоящего Раздела. Персональный менеджер доступен в рабочие дни с 9-00 до 18-00 по московскому времени, в остальное время обращения принимаются на телефон «горячей линии» сервисного центра Сервисной компании 8 800 555 99 69.

3.10.2. Услуга «Верификация диагноза» – проверка первично поставленного диагноза «злокачественное новообразование» с целью подтверждения или опровержения такого диагноза. Сервисная компания в течение 2 (Двух) рабочих дней, следующих за получением от Застрахованного лица полного пакета обязательных документов, проводит медико-юридическую проверку предоставленных Застрахованным лицом документов.

По проведению медико-юридической проверки предоставленных Застрахованным лицом документов Сервисная компания информирует Застрахованное лицо о необходимости гистопатологической проверки/пересмотра биологического материала (операционного или биопсии), выясняет наличие/отсутствие биологического материала, при наличии – организует изъятие биологического материала и направление его на пересмотр. Объем исследований и медицинскую организацию, где будет проводиться гистопатологическая проверка/пересмотр биологического материала (операционного или биопсии), определяет Сервисная компания на основании рекомендаций врача-онколога и/или патоморфолога.

Гистопатологическая проверка/пересмотр биологического материала (операционного или биопсии) является обязательным условием верификации диагноза и проводится в течение 5 -10 (Пять-Десять) рабочих дней. При условии необходимости проведения иммуноhistохимического исследования, указанный срок гистопатологической проверки/пересмотра увеличивается на срок проведения соответствующего иммуноhistохимического исследования. В диагностически сложных случаях срок проведения гистопатологической проверки/пересмотра может быть увеличен на срок проведения дополнительных диагностических исследований, определенных врачом-онкологом и/или гематологом, а также врачом-патоморфологом, осуществляющих верификацию диагноза. Увеличение срока зависит от срока проведения лабораторией соответствующего дополнительного диагностического исследования.

В случае необходимости Исполнитель организует забор биологического материала. Срок транспортировки биологического материала от места его хранения до места проведения гистопатологической проверки/пересмотра зависит от региона Российской Федерации и составляет от 1 (Один) до 6 (Шесть) рабочих дней. При нахождении биологического материала Застрахованного лица в медицинской организации, указанный срок увеличивается на срок составления врачом-онкологом и/или гематологом, осуществляющим верификацию диагноза, официального запроса на забор биологического материала.

Гистопатологическая проверка/пересмотр биологического материала (операционного или биопсии) является обязательным условием верификации диагноза.

Гистопатологическая проверка/пересмотр биологического материала (операционного или биопсии) проводится только на этапе первоначального обращения Застрахованного лица при наступлении страхового события для проверки первично поставленного диагноза «злокачественное новообразование» с целью подтверждения или опровержения такого диагноза.

При отказе Застрахованного лица от гистопатологической проверки биологического материала при его наличии, Застрахованное лицо обязано направить в Сервисную компанию письменный отказ об этом по форме Сервисной компании. В таких случаях верификация первично поставленного диагноза завершается на этапе медико-юридической проверки предоставленного необходимого полного пакета медицинских документов, а гистопатологическая проверка биологического материала (операционного или биопсии), консультация врача-онколога и/или гематолога с целью подтверждения или опровержения онкологического диагноза, составление плана лечения и повторная консультация по плану лечения по поводу выявленного злокачественного новообразования не осуществляются.

При неинформативности и/или недостаточности биологического материала, необходимого для надлежащего проведения гистопатологической проверки, равно как и при отсутствии биологического материала ввиду невозможности его получения из-за специфики клинического случая и локализации онкологического/онкогематологического процесса (головной мозг, почка, лимфопROLИФЕРАЦИЯ и т.д.), тактику и объем диагностического исследования определяют врач-онколог и/или гематолог, а также врач-патоморфолог, осуществляющие верификацию диагноза.

Если указанные в абзаце выше диагностические исследования проводились Застрахованному, Застрахованный предоставляет в Сервисную компанию заключения этих исследований и их результаты на материальном носителе для пересмотра (например, диски с записью КТ/МРТ исследования).

Если указанные диагностические исследования не проводились Застрахованному или срок давности исследования не является надлежащим по мнению врача-онколога и/или гематолога, осуществляющего верификацию диагноза, Сервисная компания маршрутизирует Застрахованное лицо в прохождении данных исследований с учетом всех допускаемых законодательством Российской Федерации источников покрытия расходов на специализированную медицинскую помощь без взимания с Застрахованного лица платы или организует прохождение данных исследований Застрахованным за счет других источников.

При возможности получения повторного биологического материала согласно рекомендациям врача-онколога и/или гематолога, а также врача-патоморфолога, осуществляющих верификацию диагноза, и отказе Застрахованного лица пройти соответствующее медицинское вмешательство для получения повторного биологического материала и/или отказе предоставления повторного биологического материала, Застрахованное лицо обязано направить в Сервисную компанию письменный отказ об этом по форме Сервисной компании. В таких случаях верификация первично поставленного диагноза завершается на этапе медико-юридической проверки предоставленного необходимого полного пакета медицинских документов, а гистопатологическая проверка биологического материала (операционного или биопсии), консультация врача-онколога и/или гематолога с целью подтверждения

или опровержения онкологического диагноза, составление плана лечения и повторная консультация по плану лечения по поводу выявленного злокачественного новообразования не осуществляются.

По итогам пересмотра биологического материала и на основании предоставленного необходимого полного пакета медицинских документов Застрахованному лицу предоставляется заключение врача-онколога, содержащее информацию о том, подтверждается диагноз или нет.

3.10.3. Услуга «Составление плана лечения» – содействие предоставлению заключения врача-онколога с планом наблюдения и лечения по поводу выявленного злокачественного новообразования: при наличии подтвержденного диагноза, относящегося к злокачественным новообразованиям, Сервисная компания предоставляет заключение врача-онколога, содержащее информацию о том, подтверждается ли диагноз или нет, и план наблюдения и лечения, основанный на действующих стандартах и (или) клинических рекомендациях (протоколах лечения).

Услуга «Составление плана лечения» оказывается только на этапе первоначального обращения Застрахованного лица при наступлении страхового события при наличии подтвержденного диагноза, относящегося к злокачественным новообразованиям, по итогу проведенной Сервисной компанией верификации.

3.10.4. Услуга «Повторная консультация по плану лечения по поводу выявленного злокачественного новообразования» - консультирование компетентными специалистами-экспертами по вопросам корректировки и/или правильности назначенного лечения. Проведение консультации по плану лечения возможно только в том случае, если Сервисной компанией проведена «верификация диагноза».

3.10.5. Услуга «Навигация Застрахованного лица» – маршрутизация Застрахованного лица с достоверно установленным диагнозом «злокачественное новообразование» для обеспечения ему максимального доступа к необходимым медицинским технологиям с учетом всех допускаемых законодательством Российской Федерации источников покрытия расходов на специализированную медицинскую помощь, информационно-консультационное содействие организации оказания медицинской помощи в соответствии с предоставленным планом лечения и наблюдения: путем информационного консультирования Сервисная компания содействует получению Застрахованным лицом медицинской помощи по поводу выявленного злокачественного новообразования без взимания с Застрахованного платы, если это предусмотрено законодательством Российской Федерации, а именно за счет получения максимального количества медицинских услуг в рамках программы обязательного медицинского страхования или программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Информационное консультирование заключается в юридической поддержке, в помощи по преодолению бюрократических и административных барьеров.

3.10.6. Услуга «Юридическая поддержка» – предоставление юридических консультаций по вопросам охраны здоровья граждан, получению медицинской помощи (в том числе бесплатной в рамках программы ОМС или программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи), лекарственного обеспечения по профилю «онкология», в том числе льготного, если это предусмотрено законодательством Российской Федерации. Обеспечивается путем обращения Застрахованного лица в Сервисную компанию, в том числе путем оказания содействия в подготовке претензий, заявлений, обращений в органы власти (и) или в медицинские организации.

3.10.7. Услуга «Психологическая помощь» - предоставление консультаций клинического психолога в связи с выявленным и подтвержденным злокачественным новообразованием. Обеспечивается путем обращения Застрахованного лица в Сервисную компанию.

3.11. Услуга «Повторная консультация по плану лечения по поводу выявленного злокачественного новообразования», услуга «Навигация Застрахованного лица», услуга «Психологическая помощь» и услуга «Юридическая поддержка» оказываются при соблюдении условий п. 3.10 настоящего Раздела, по запросу Застрахованного лица и в связи с выявленным злокачественным новообразованием.

3.12. Количество обращений Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования для получения услуг:

«Повторная консультация по плану лечения по поводу выявленного злокачественного новообразования», «Навигация Застрахованного лица», «Юридическая поддержка» - 4 (четыре) консультации.
«Психологическая помощь» - количество консультаций без ограничений.

Программа страхования «Доктор ОНЛАЙН 1.0»

1. УСЛУГИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ

1.1. В перечень Услуг, оказываемых Застрахованным по данной Программе, входят:

1.1.1. первичные и повторные консультации дежурного Врача-консультанта (терапевта, педиатра), (далее – Врач), выполняемые круглосуточно с понедельника по воскресенье после получения заявки через Сервис – без ограничений по числу обращений в течение срока страхования;

1.1.2. первичные и повторные консультации Врачей-консультантов (специалистов – Консультантов в рамках Сервиса), (далее – Врач), участвующих в оказании услуг, выполняемые через сеть Интернет по предварительной записи – без ограничений по числу обращений в течение срока страхования. Услуги в форме консультации по записи Врачом-консультантом (специалистом) могут быть оказаны только в заранее указанное при записи время.

1.2. Услуги не оказываются:

1.2.1. в случае обращения Застрахованного за оказанием Услуг, предусмотренных настоящей Программой, до начала или после окончания срока страхования по настоящей Программе;

1.2.2. услуги, оплата которых прямо не предусмотрена настоящей Программой, в том числе: вызовы врача на дом, услуги, оказываемые в условиях дневного стационара и в стационарных условиях; услуги по инструментальной и лабораторной диагностике; услуги скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, услуги по вызову скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;

1.2.3. в случае, если Застрахованным не дано согласие на обработку персональных данных в соответствии с действующим законодательством.

1.3. По программе «Телемедицина» установлен период ожидания. В течение периода ожидания услуги по программе «Телемедицина» не оказываются. Период ожидания составляет 14 дней.

2. ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ, ПРЕДУСМОТРЕННЫХ НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММОЙ

2.1. Обеспечиваемые настоящей Программой страхования «Доктор ОНЛАЙН 1.0» услуги (далее – «Услуги») заключаются в предоставлении Застрахованным Врачами медицинских консультаций по вопросам здоровья с использованием интерактивной веб-платформы в сети Интернет и мобильных приложений (далее – «Сервис») в режиме реального времени. Услуги оказываются с использованием видеосвязи, аудиосвязи, путем обмена сообщениями и файлами.

2.2. Застрахованному предоставляются медицинские консультации по всем вопросам, за исключением вопросов, по которым Врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду невозможности произвести осмотр и иные исследования и манипуляции в отношении Застрахованного дистанционным способом, а также вопросов, для ответа на которые необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров другими специалистами, результатов лабораторного и инструментального обследования) при ее отсутствии.

2.3. Застрахованный до оказания Услуг предоставляет Врачу информацию об установленных Застрахованному диагнозах, перенесенных Застрахованным заболеваниях, известных аллергических реакциях, противопоказаниях к проведению вмешательств, приему препаратов, пересыпает Врачу копии необходимых документов с использованием Сервиса «Личный кабинет».

2.4. При оказании Услуг, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, Врач информирует Застрахованного о специалистах, к которым следует обратиться для постановки и (или) подтверждения и (или) уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную информацию.

2.5. Застрахованный, прежде чем заказать оказание Услуг, предусмотренных настоящей Программой, должен пройти процесс предварительной регистрации в интерактивной веб-платформе «Доктор рядом» на сайте <https://telemed.drclinics.ru> (далее – Сайт) или в мобильном приложении «Доктор рядом.Телемед». При регистрации Застрахованный обязан дать согласие на обработку персональных данных и предоставление медицинской информации Страховщику и Сервисной компании.

2.6. Правила регистрации в интерактивной веб-платформе:

2.7.1. Оказание Услуг может осуществляться с использованием следующего оборудования Застрахованного: персональный компьютер, мобильный телефон, которые должны соответствовать техническим требованиям, указанным далее. Для получения предусмотренных настоящей Программой услуг необходимо убедиться в том, что устройство, через которое будет осуществляться доступ к веб-платформе, соответствует следующим требованиям: При использовании персонального компьютера:

- подключенная к компьютеру видеокамера обладает разрешением не ниже 1024 x 720 (в случае, если выбран способ оказания услуг с использованием видеосвязи);

- к компьютеру подключен микрофон (в случае, если выбран способ оказания услуг с использованием видео- или аудиосвязи);
- операционная система MS Windows версией не ниже XP или Mac OS X;
- Интернет-обозреватель (браузер) Google Chrome (рекомендуемый), Mozilla Firefox или Opera последней версии;
- скорость канала доступа в Интернет не ниже 1 Мбит/с.

При использовании мобильного телефона:

- модель мобильного телефона Apple Iphone 5 и выше с работающей камерой, микрофоном и иными необходимыми функциями;
- мобильный телефон, работающий на системе Android 5.1 и выше;
- любой телефон, если пользователь будет обращаться для оказания услуг не через сеть Интернет

Для мобильных устройств Apple необходима система не ниже IOS 9 для установки мобильного приложения, для устройств на системе Android - не ниже 5.1.

2.7.2. Видеоконсультацию можно получить либо через личный кабинет на сайте <https://telemed.drcclinics.ru>, либо через мобильное приложение «Доктор рядом.Телемед».

2.7.2. Застрахованный самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им оборудования и программного обеспечения.

После регистрации на Сайте Застрахованный переходит в раздел «Личный кабинет». Раздел «Личный кабинет» представляет собой персональный раздел на Сайте, который позволяет Застрахованному направлять запрос на оказание Услуг, связываться с дежурным Врачом, получать устные и письменные консультации.

2.7.3. Для активации Программы страхования «Доктор ОНЛАЙН 1.0» Застрахованному необходимо:

- Скачать приложение «Доктор рядом.Телемед» в App store / Play market или зайти на сайт <https://telemed.drcclinics.ru/>
- Зарегистрироваться (указать логин, пароль, ФИО и дату рождения, а также номер телефона);

2.8. Консультация с Врачом-консультантом.

Для получения предусмотренных Программой Услуг необходимо выполнить следующие действия:

2.8.1. Перейти на главную страницу сайта, нажав на «Главная» в верхнем меню сайта, или зайти в мобильное приложение «Доктор рядом», выбрать необходимого Врача-консультанта и нажать на кнопку «Записаться». Перед консультацией рекомендуется проверить оборудование компьютера пользователя с помощью раздела личного кабинета «Проверка связи» / разрешения на доступ к камере и микрофону в настройках телефона.

2.8.2. При выборе дежурного Врача (терапевт, педиатр), в открывшемся окне создания заявки на консультацию выбрать «Продолжить».

2.8.3. Дождаться, когда дежурный Врач (терапевт, педиатр) свяжется с Застрахованным (будет открыто окно консультации) – свободный дежурный Врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), свяжется с Застрахованным с использованием Сервиса, либо путем совершения звонка на номер мобильного телефона Застрахованного, указанного при регистрации.

2.8.4. До начала консультации и во время ее Застрахованный может отправлять Врачу текстовые сообщения и изображения.

2.8.5. Застрахованный может оставить заявку на консультацию с дежурным Врачом (терапевтом, педиатром) через Сервис, при этом Застрахованному необходимо оставаться в личном кабинете Сайта (не выходить из личного кабинета, находится в системе онлайн) или авторизоваться в мобильном приложении.

2.8.6. Когда Врач будет связываться с Застрахованным, появится окно вызова, в котором необходимо выбрать один из способов связи: видео, аудио или переписка.

2.8.7. Консультация начинается после выбора способа связи и длится до тридцати минут.

2.8.8. При выборе Врача, доступного по предварительной записи, необходимо выбрать дату и время, а затем нажать кнопку «Записаться».

2.8.9. После того, как запись на консультацию Врача (специалиста) создана, Застрахованный получает SMS-сообщение с указанием времени и даты проведения консультации через Сервис.

2.8.10. В назначенное для консультации с Врачом (специалистом) время, необходимо зайти на Сайт и авторизоваться в личном кабинете / быть авторизованным в мобильном приложении и ожидать, когда Врач (специалист) свяжется с Застрахованным. В назначенное время происходит соединение Врача- (специалиста) с Застрахованным и начинается онлайн-консультация продолжительностью до тридцати минут.

2.8.11. Если в момент, когда Врач пытается связаться с Застрахованным, последнего не было в системе (онлайн), и Врач не смог связаться с ним посредством Сервиса и не смог с 3 (трех) попыток дозвониться до Застрахованного по номеру мобильного телефона, указанному при регистрации на Сайте, консультация закрывается.

2.8.12. Если после отправки запроса Застрахованный захочет отказаться от оказания Услуг, он обязан уведомить об этом через Личный кабинет до начала оказания консультации с Врачом (специалистом) по записи, в противном случае консультация считается неоказанной по вине Застрахованного.

2.8.13. По итогам консультации Врач пишет заключение и направляет его Застрахованному через Сервис.

2.9. Застрахованный должен соблюдать инструкции, рекомендации, которые будут сообщены исполнителем медицинских услуг (Врачом), а также переданы в письменном виде (при обмене электронными сообщениями через веб-платформу или мобильное приложение), в том числе предоставить (с использованием веб-платформы или мобильного приложения) исполнителю медицинских услуг (Врачу) необходимую для качественного оказания

услуг медицинскую информацию, которой располагает или должен располагать Застрахованный, в том числе медицинские документы, описывающие и подтверждающие развитие заболеваний, обострений заболеваний, а также отражающие результаты обследования и лечения.

Необходимая медицинская информация – это вся та информация медицинского характера, которая необходима исполнителю медицинских услуг (Врачу) для того, чтобы должным образом оказать предусмотренные настоящей программой услуги: медицинские заключения об имеющихся заболеваниях, по которым непосредственно и проводятся консультации, результаты дополнительных исследований и обследований, а также все те документы медицинского характера, которые Застрахованный может предоставить.

2.10. Предоставление Услуг, для оказания которых необходимо изучение медицинских документов, начинается только после предоставления этих документов Застрахованным.

Приложение №6 к Комплексным
правилам страхования «Доктор
онлайн», утвержденным приказом
от 15.02.2019 № 190215-05-од

Программа страхования «Телемедицина»

1. УСЛУГИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ

1.1. В перечень Услуг, оказываемых Застрахованным по данной Программе, входят:

1.1.1. первичные и повторные консультации дежурного Врача-консультанта (терапевта, педиатра), (далее – Врач), выполняемые круглосуточно с понедельника по воскресенье после получения заявки через Сервис – без ограничений по числу обращений в течение срока страхования;

1.1.2. первичные и повторные консультации Врачей-консультантов (специалистов – Консультантов в рамках Сервиса), (далее – Врач), участвующих в оказании услуг, выполняемые через сеть Интернет по предварительной записи – без ограничений по числу обращений в течение срока страхования. Услуги в форме консультации по записи Врачом-консультантом (специалистом) могут быть оказаны только в заранее указанное при записи время.

1.2. Услуги не оказываются:

1.2.1. в случае обращения Застрахованного за оказанием Услуг, предусмотренных настоящей Программой, до начала или после окончания срока страхования по настоящей Программе;

1.2.2. услуги, оплата которых прямо не предусмотрена настоящей Программой, в том числе: вызовы врача на дом, услуги, оказываемые в условиях дневного стационара и в стационарных условиях; услуги по инструментальной и лабораторной диагностике; услуги скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, услуги по вызову скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;

1.2.3. в случае, если Застрахованным не дано согласие на обработку персональных данных в соответствии с действующим законодательством.

2. ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ, ПРЕДУСМОТРЕННЫХ НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММОЙ

2.1. Обеспечиваемые настоящей Программой страхования «Телемедицина» услуги (далее – «Услуги») заключаются в предоставлении Застрахованным Врачами медицинских консультаций по вопросам здоровья с использованием интерактивной веб-платформы в сети Интернет и мобильных приложений (далее – «Сервис») в режиме реального времени. Услуги оказываются с использованием видеосвязи, аудиосвязи, путем обмена сообщениями и файлами.

2.2. Застрахованному предоставляются медицинские консультации по всем вопросам, за исключением вопросов, по которым Врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду невозможности произвести осмотр и иные исследования и манипуляции в отношении Застрахованного дистанционным способом, а также вопросов, для ответа на которые необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров другими специалистами, результатов лабораторного и инструментального обследования) при ее отсутствии.

2.3. Застрахованный до оказания Услуги предоставляет Врачу информацию об установленных Застрахованному диагнозах, перенесенных Застрахованным заболеваниях, известных аллергических реакциях, противопоказаниях к проведению вмешательств, приему препаратов, персылает Врачу копии необходимых документов с использованием Сервиса «Личный кабинет».

2.4. При оказании Услуг, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, Врач информирует Застрахованного о специалистах, к которым следует обратиться для постановки и (или) подтверждения и (или) уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную информацию.

2.5. Застрахованный, прежде чем заказать оказание Услуг, предусмотренных настоящей Программой, должен пройти процесс предварительной регистрации в интерактивной веб-платформе «Доктор рядом» на сайте <https://telemed.drcclinics.ru> (далее – Сайт) или в мобильном приложении «Доктор рядом. Телемед». При регистрации Застрахованный обязан дать согласие на обработку персональных данных и предоставление медицинской информации Страховщику и Сервисной компании.

2.6. Правила регистрации в интерактивной веб-платформе:

2.7.1. Оказание Услуг может осуществляться с использованием следующего оборудования Застрахованного: персональный компьютер, мобильный телефон, которые должны соответствовать техническим требованиям, указанным далее. Для получения предусмотренных настоящей Программой услуг необходимо убедиться в том, что устройство, через которое будет осуществляться доступ к веб-платформе, соответствует следующим требованиям: При использовании персонального компьютера:

- подключенная к компьютеру видеокамера обладает разрешением не ниже 1024 x 720 (в случае, если выбран способ оказания услуг с использованием видеосвязи);
- к компьютеру подключен микрофон (в случае, если выбран способ оказания услуг с использованием видео- или аудиосвязи);
- операционная система MS Windows версией не ниже XP или Mac OS X;

- Интернет-обозреватель (браузер) Google Chrome (рекомендуемый), Mozilla Firefox или Opera последней версии;
- скорость канала доступа в Интернет не ниже 1 Мбит/с.

При использовании мобильного телефона:

- модель мобильного телефона Apple Iphone 5 и выше с работающей камерой, микрофоном и иными необходимыми функциями;
- мобильный телефон, работающий на системе Android 5.1 и выше;
- любой телефон, если пользователь будет обращаться для оказания услуг не через сеть Интернет

Для мобильных устройств Apple необходима система не ниже IOS 9 для установки мобильного приложения, для устройств на системе Android - не ниже 5.1.

2.7.2. Видеоконсультацию можно получить либо через личный кабинет на сайте <https://telemed.drclinics.ru>, либо через мобильное приложение «Доктор рядом.Телемед».

2.7.2. Застрахованный самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им оборудования и программного обеспечения.

После регистрации на Сайте Застрахованный переходит в раздел «Личный кабинет». Раздел «Личный кабинет» представляет собой персональный раздел на Сайте, который позволяет Застрахованному направлять запрос на оказание Услуг, связываться с дежурным Врачом, получать устные и письменные консультации.

2.7.3. Для активации Программы страхования «Телемедицина» Застрахованному необходимо:

- Скачать приложение «Доктор рядом.Телемед» в App store / Play market или зайти на сайт <https://telemed.drclinics.ru/>
- Зарегистрироваться (указать логин, пароль, ФИО и дату рождения, а также номер телефона);

2.8. Консультация с Врачом-консультантом.

Для получения предусмотренных Программой Услуг необходимо выполнить следующие действия:

2.8.1. Перейти на главную страницу сайта, нажав на «Главная» в верхнем меню сайта, или зайти в мобильное приложение «Доктор рядом», выбрать необходимого Врача-консультанта и нажать на кнопку «Записаться». Перед консультацией рекомендуется проверить оборудование компьютера пользователя с помощью раздела личного кабинета «Проверка связи» / разрешения на доступ к камере и микрофону в настройках телефона.

2.8.2. При выборе дежурного Врача (терапевт, педиатр), в открывшемся окне создания заявки на консультацию выбрать «Продолжить».

2.8.3. Дождаться, когда дежурный Врач (терапевт, педиатр) свяжется с Застрахованным (будет открыто окно консультации) – свободный дежурный Врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), свяжется с Застрахованным с использованием Сервиса, либо путем совершения звонка на номер мобильного телефона Застрахованного, указанного при регистрации.

2.8.4. До начала консультации и во время нее Застрахованный может отправлять Врачу текстовые сообщения и изображения.

2.8.5. Застрахованный может оставить заявку на консультацию с дежурным Врачом (терапевтом, педиатром) через Сервис, при этом Застрахованному необходимо оставаться в личном кабинете Сайта (не выходить из личного кабинета, находится в системе онлайн) или авторизоваться в мобильном приложении.

2.8.6. Когда Врач будет связываться с Застрахованным, появится окно вызова, в котором необходимо выбрать один из способов связи: видео, аудио или переписка.

2.8.7. Консультация начинается после выбора способа связи и длится до тридцати минут.

2.8.8. При выборе Врача, доступного по предварительной записи, необходимо выбрать дату и время, а затем нажать кнопку «Записаться».

2.8.9. После того, как запись на консультацию Врача (специалиста) создана, Застрахованный получает SMS-сообщение с указанием времени и даты проведения консультации через Сервис.

2.8.10. В назначенное для консультации с Врачом (специалистом) время, необходимо зайти на Сайт и авторизоваться в личном кабинете / быть авторизованным в мобильном приложении и ожидать, когда Врач (специалист) свяжется с Застрахованным. В назначенное время происходит соединение Врача- (специалиста) с Застрахованным и начинается онлайн-консультация продолжительностью до тридцати минут.

2.8.11. Если в момент, когда Врач пытается связаться с Застрахованным, последнего не было в системе (онлайн), и Врач не смог связаться с ним посредством Сервиса и не смог с 3 (трех) попыток дозвониться до Застрахованного по номеру мобильного телефона, указанному при регистрации на Сайте, консультация закрывается.

2.8.12. Если после отправки запроса Застрахованный захочет отказаться от оказания Услуг, он обязан уведомить об этом через Личный кабинет до начала оказания консультации с Врачом (специалистом) по записи, в противном случае консультация считается неоказанной по вине Застрахованного.

2.8.13. По итогам консультации Врач пишет заключение и направляет его Застрахованному через Сервис.

2.9. Застрахованный должен соблюдать инструкции, рекомендации, которые будут сообщены исполнителем медицинских услуг (Врачом), а также переданы в письменном виде (при обмене электронными сообщениями через веб-платформу или мобильное приложение), в том числе предоставить (с использованием веб-платформы или мобильного приложения) исполнителю медицинских услуг (Врачу) необходимую для качественного оказания услуг медицинскую информацию, которой располагает или должен располагать Застрахованный, в том числе медицинские документы, описывающие и подтверждающие развитие заболеваний, обострений заболеваний, а также отражающие результаты обследования и лечения.

Необходимая медицинская информация – это вся та информация медицинского характера, которая необходима исполнителю медицинских услуг (Врачу) для того, чтобы должным образом оказать предусмотренные настоящей программой услуги: медицинские заключения об имеющихся заболеваниях, по которым непосредственно и проводятся консультации, результаты дополнительных исследований и обследований, а также все те документы медицинского характера, которые Застрахованный может предоставить.

2.10. Предоставление Услуг, для оказания которых необходимо изучение медицинских документов, начинается только после предоставления этих документов Застрахованным.

ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПО ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ «МОБИЛЬНЫЙ ДОКТОР»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1.1. В соответствии с Комплексными Правилами страхования «ДОКТОР ОНЛАЙН», настоящими Полисными условиями страхования по программе «МОБИЛЬНЫЙ ДОКТОР» (далее – «Полисные условия») и действующим законодательством Российской Федерации Страховщик заключает Договоры страхования по программе «МОБИЛЬНЫЙ ДОКТОР» (далее по тексту «Договор», «Договор страхования») с дееспособными физическими лицами, именуемыми в дальнейшем Страхователями.
- 1.2. Договор страхования заключается в пользу указываемых в Договоре страхования/Полисе Застрахованных лиц – граждан Российской Федерации, иностранных граждан, въезжающих или пребывающих на территории РФ и лиц без гражданства.
- 1.3. **Аннулирование договора страхования** – отказ Страхователя от Договора страхования в соответствии с п.7.3. настоящих Полисных условий с возвратом уплаченной страховой премии в полном объеме Страхователю.
- 1.4. **Болезнь (заболевание)** — нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными и/или морфологическими изменениями, не вызванное несчастным случаем, диагностированное квалифицированным врачом на основании объективных симптомов, впервые возникших в период срока страхования или заявленное Страхователем /Застрахованным (в заявлении, декларации) при заключении Договора страхования, а также явившееся следствием осложнений, развившихся после врачебных манипуляций с целью лечения такого нарушения и произведенных в период срока страхования.
- 1.5. **Выгодоприобретатель** — лицо, которому принадлежит право на получение страховой выплаты.
- 1.6. **Дата выдачи Полиса** – дата подписания Страховщиком Договора страхования, указанная в Полисе.
- 1.7. **Договор страхования/Полис** — документ, удостоверяющий факт заключения Договора страхования, в котором определены условия страхования с конкретным Страхователем. Договор страхования также включает в себя Полисные условия.
- 1.8. **Инвалидность** — социальная недостаточность вследствие нарушений здоровья со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или приобретенными дефектами, возникшими в период срока страхования, приводящая к ограничению жизнедеятельности, неспособности выполнять любую трудовую деятельность с целью получения дохода и необходимости в предоставлении социальной защиты. В зависимости от степени нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности лицу устанавливается группа инвалидности. Варианты установления групп инвалидности и их сочетание, покрываемые страхованием, устанавливаются в Договоре страхования/Полисе.
- 1.9. **Личный кабинет** — информационный ресурс, который размещен на официальном сайте Страховщика, позволяющий Страхователю взаимодействовать со Страховщиком.
- 1.10. **Любая причина** – событие (болезнь или несчастный случай), возникшее в течение срока страхования.
- 1.11. **Медицинские услуги** - мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на диагностику заболеваний и/или лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.
- 1.12. **Медицинская помощь** – комплекс мероприятий, включающих медицинские и иные услуги, организационно-технические мероприятия, лекарственное обеспечение, обеспечение изделиями

медицинского назначения, направленных на удовлетворение потребностей Застрахованного в поддержании и восстановлении здоровья.

1.13. **Несчастный случай** — внезапное, внешнее, кратковременное (до нескольких часов), фактически произшедшее под воздействием различных внешних факторов (физических, химических, механических и т.п.) событие, характер, время и место которого могут быть однозначно определены, наступившее в период срока страхования и возникшее непредвиденно, непреднамеренно, помимо воли Застрахованного, повлекшее за собой причинение вреда жизни и здоровью Застрахованного. Не относятся к несчастным случаям любые формы острых, хронических, наследственных заболеваний (в том числе инфаркт, инсульт, разрыв аневризмы и прочие внезапные поражения внутренних органов, вызванные наследственной патологией или патологией в результате развития болезни (заболевания).

1.14. **Официальный сайт** – www.renlife.ru

1.15. **Предшествовавшее состояние** — любое нарушение здоровья, травма, увечье, врожденная или приобретенная патология, хроническое или острое заболевание, психическое или нервное расстройство и т.п., диагностированное и/или не диагностированное, но о существовании которого подозревали, и/или о котором Застрахованный должен был знать по имеющимся проявлениям или признакам, в связи с которым до заключения Договора страхования с участием Застрахованного произошло любое событие медицинского характера. Такие состояния также включают в себя любые осложнения или последствия, связанные с указанными состояниями.

1.16. **Программа** — совокупность условий, характеризующих объем страхового покрытия по Договору страхования.

1.17. **Сервисная компания** — компания, утвержденная Страховщиком, осуществляющая организацию медицинских и иных услуг в соответствии с Программой.

1.18. **Событие медицинского характера** — проведение Застрахованному любых обследований, лабораторных исследований крови и всех иных биологических жидкостей организма человека, инструментальных методов исследования (КТ, МРТ, УЗИ, ЭХО КГ, велоэргометрия, реоэнцефалография, любые рентгеновские исследования, изотопные методы исследования, и любые иные методы диагностики), физикальных методов исследования — пальпация, перкуссия, аускультация и т.д., наличие у врачей лечебных учреждений любых подозрений на заболевание/заболевания у застрахованного, выявленные заболевания, обращение застрахованного в лечебное учреждение в связи с любыми жалобами на состояние здоровья, самочувствие, ранения и т.д., получение Застрахованным любого лечения, проведенные операции, госпитализации, несчастные случаи, направления на хирургические операции, направления на любые обследования, и иное.

1.19. **Своевременное обращение за медицинской помощью** — обращение за медицинской помощью после появления первых признаков заболевания, т.е. до ухудшения состояния, развития осложнений или возникновения необратимых последствий заболевания или состояния.

1.20. **Страховщик** — Общество с ограниченной ответственностью «Страховая Компания «Ренессанс Жизнь», осуществляющее страховую деятельность в соответствии с выданной федеральным органом исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью лицензией.

1.21. **Страховая сумма** — определенная сторонами в Договоре страхования денежная сумма, исходя из которой определяются размеры страховой премии и в пределах которой Страховщик осуществляет страховую выплату.

1.22. **Страховые тарифы** — ставки страховой премии с единицы страховой суммы.

1.23. **Страховая премия** — плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке, установленном Договором страхования.

1.24. **Страховой риск** — предполагаемое событие в результате несчастных случаев или болезней, обладающее признаками вероятности и случайности, на случай наступления которого заключается Договор страхования.

1.25. **Страховой случай** — совершившееся в период срока страхования событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести

страховую выплату (страховые выплаты) Страхователю, Застрахованному, Выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

1.26. **Страховые выплаты** — выплаты, производимые при наступлении страхового случая Застрахованному, Выгодоприобретателю или законному наследнику Застрахованного. Страховые выплаты производятся независимо от сумм, причитающихся по другим Договорам страхования, а также по социальному страхованию, социальному обеспечению и в порядке возмещения вреда.

1.27. **Срок страхования** — период времени, в течение которого на Застрахованного распространяется действие страховой защиты в отношении определенной программы (страхового риска), который определяется в соответствии с разделом 6 Полисных условий. Страхование распространяется только на страховые случаи, возникшие в результате несчастных случаев, произошедших с Застрахованным в течение срока страхования, и болезней, возникших и диагностированных в течение срока страхования.

1.28. **Травма** — нарушение анатомической целостности или физиологических функций органов и тканей, возникшее в результате кратковременного воздействия различных факторов внешней среды, произошедшее вследствие несчастного случая в период срока страхования.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектами страхования являются:

- имущественные интересы Застрахованного, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг (медицинское страхование).
- имущественные интересы Застрахованного, связанные с наступлением определенных событий в жизни Застрахованного (страхование жизни).

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховыми рисками в соответствии с настоящими Полисными условиями являются:

3.1.1. обращение Застрахованного к Страховщику/в Сервисную компанию, за помощь, требующей оказания медицинских и иных услуг в соответствии с Программой страхования «МОБИЛЬНЫЙ ДОКТОР» при заболевании, обострении хронического заболевания, травме, а также случаях, указанных в Программе страхования «МОБИЛЬНЫЙ ДОКТОР»;

3.1.2. инвалидность Застрахованного I группы по любой причине (далее – «Инвалидность ЛП»).

3.2. Страховым случаем является совершившееся в период срока страхования событие из числа указанных в п.3.1. настоящих Полисных условий, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ

4.1. На страхование принимаются лица в возрасте от 18 (восемнадцати) полных лет на дату заключения Договора страхования до 85 (восьмидесяти пяти) полных лет на дату окончания действия Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования, за исключением лиц, указанных ниже:

4.1.1. находящихся под следствием или в местах лишения свободы;

4.1.2. инвалидов 1-й или 2-й группы – по страховому риску, указанному в п. 3.1.2. настоящих Полисных условий.

4.2. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что на страхование было принято лицо, подпадающее под одну из вышеперечисленных категорий, т.е. при заключении Договора страхования Страхователь не сообщил Страховщику об обстоятельстве(ах), указанном(ых) в п.п. 4.1.1 – 4.1.2 настоящих Правил страхования, и наличие этих обстоятельств было выявлено после вступления Договора страхования в силу, то Страховщик вправе требовать признания такого Договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных действующим законодательством РФ. Не являются страховыми случаями события, произошедшие с вышеуказанными лицами, и, соответственно, Страховщик не будет производить страховые выплаты по указанным событиям.

4.3. Не являются страховыми случаями, в дополнение к исключениям, предусмотренным п.п. 4.1.1-4.1.2 настоящих Полисных условий, события, если иное не предусмотрено Договором страхования или Программой, произошедшие:

4.3.1. Для страхового риска, указанного в п. 3.1.1 настоящих Полисных условий - в результате умышленного причинения Застрахованным себе телесных повреждений, суициdalных попыток;

4.3.2. для страхового риска, указанного в п. 3.1.2 настоящих Полисных условий - в результате умышленных действий Застрахованного, Страхователя, а также лиц, действующих по их поручению, направленных на наступление страхового случая;

4.3.3. в ходе совершения (попытки совершения) Застрахованным (Страхователем) уголовного преступления, находящегося в прямой причинно-следственной связи с событием, обладающим признаками страхового случая;

4.3.4. во время нахождения Застрахованного (Страхователя) в местах лишения свободы, а также в изоляторах временного содержания и других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления;

4.3.5. по Договорам страхования, по которым после их заключения будет установлено, что Страхователь (Застрахованный) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об указанных в Договоре страхования Страховщику обстоятельствах, и указанные сведения привели к заключению Договора страхования на условиях, отличных от тех, на которых он был бы заключен в случае указания верных сведений, либо в случае указания верных сведений Договор страхования не был бы заключен, в соответствии с настоящими Полисными условиями;

4.3.6. в результате предшествовавших состояний или их последствий;

4.3.7. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинские организации:

4.3.7.1. по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании, и в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего вследствие алкогольного, наркотического (в том числе токсического) опьянения;

4.3.7.2. венерических заболеваний, заболеваний, передающихся преимущественно половым путем и заболевания любой формой ВИЧ-инфекции/СПИД в любой его стадии.

4.3.7.3. если обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию вызвано заболеваниями и травмами, возникшими в результате стихийных бедствий;

4.3.8. во время нахождения Застрахованного в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также под воздействием сильнодействующих и/или психотропных веществ, медицинских препаратов (принятых без предписания врача или по предписанию врача, но с нарушением указанной им дозировки). Страховщиком могут быть признаны страховыми случаями события, произошедшие во время нахождения Застрахованного под воздействием алкоголя в случае, если действия Застрахованного не повлекли за собой (как прямо, так и косвенно) наступление произошедшего события. Решение о признании события страховым случаем принимается Страховщиком в каждом конкретном случае исходя из фактических обстоятельств с учетом всех имеющихся документов (справок лечебных учреждений, материалов правоохранительных органов и др.);

4.3.9. во время управления Застрахованным транспортным средством без права на управление транспортным средством данной категории или управления транспортным средством лицом, не имевшим права на управление транспортным средством данной категории, при условии передачи управления такому лицу Застрахованным;

4.3.10. во время управления Застрахованным транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или под воздействием сильнодействующих и/или психотропных веществ, медицинских препаратов, при применении которых противопоказано управление транспортными средствами, или управления транспортным средством лицом, находившимся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или под воздействием сильнодействующих и/или психотропных веществ, медицинских препаратов, при применении которых противопоказано управление транспортными средствами, при условии передачи управления такому лицу Застрахованным;

4.3.11. в результате совершения Застрахованным самоубийства, если к этому времени Договор страхования действовал менее двух лет или продлевался таким образом, что страхование не действовало непрерывно в течение двух лет, а так же при покушении на самоубийство или умышленного причинения Застрахованным вреда жизни и здоровья самому себе, за исключением случаев, когда Застрахованный был доведен до этого противоправными действиями третьих лиц;

4.3.12. во время непосредственного участия Застрахованного в гражданских волнениях, беспорядках, войне или военных действиях, а также во время прохождения Застрахованным военной службы по призыву, участия в военных сборах или учениях, маневрах, испытаниях военной техники или иных подобных операциях в качестве военнослужащего, либо гражданского служащего;

4.3.13. во время любых воздушных перелетов, совершаемых Застрахованным, исключая полеты в качестве пассажира регулярного авиарейса (включая регулярные чартерные авиарейсы), выполняемого организацией, обладающей соответствующей лицензией;

4.3.14. во время занятий Застрахованного профессиональным спортом, занятый любым видом спорта на систематической основе, направленных на достижение спортивных результатов; во время участия в соревнованиях, гонках или иных опасных хобби (например, альпинизм, погружение под воду на глубину более 40 метров, в подводные пещеры, к останкам судов или строений, находящимся под водой, независимо от глубины погружения, прыжки с парашютом, скачки, скалолазание). Страховщиком могут быть признаны страховыми случаями события, возникшие во время любительских занятий на разовой основе (например, на период отпуска, каникул или в выходные дни) сноубордом, скейтбордом, горными лыжами, водными лыжами; подводного плавания без применения акваланга, прогулок на лошадях, пеших походов без применения альпинистского снаряжения, езды на велосипеде (кроме триала или скоростного спуска), а также во время других видов деятельности, которые нельзя рассматривать как опасные, нельзя отнести к профессиональному спорту или систематическим тренировкам, направленным на достижение спортивных результатов;

4.3.15. во время участия Застрахованного в мотокроссе, триале; мотогонках, автогонках или иных гонках на скорость; иных соревнованиях, а также во время езды на мотоцикле при температуре окружающей среды или дорожного покрытия ниже нуля градусов по шкале Цельсия, езды на мотоцикле или ином двухколесном моторизированном транспортном средстве в дождь, езды на мотоцикле или ином двухколесном моторизированном транспортном средстве по бездорожью;

4.3.16. в результате осуществления консервативных (в т.ч. медикаментозных) или инвазивных (оперативных) методов лечения, применяемых в отношении Застрахованного, за исключением случаев, когда необходимость такого лечения обусловлена несчастным случаем или болезнью, наступившими в период срока страхования или когда имеется необходимость предоставления экстренной (неотложной) медицинской помощи;

4.3.17. в результате любых повреждений здоровья Застрахованного, вызванных радиационным облучением или наступивших в результате воздействия ядерной энергии;

4.3.18. в результате прямого или косвенного влияния психического заболевания, если несчастный случай произошел с психически больным Застрахованным, который находился в невменяемом состоянии в момент несчастного случая;

4.3.19. во время эпилептического приступа (или иных судорожных или конвульсивных приступов);

4.3.20. в результате болезни Застрахованного, прямо или косвенно связанной с ВИЧ-инфекцированием, ВИЧ инфекцией/СПИД, наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом, венерическими заболеваниями, заболеваниями передающимися преимущественно половым путем;

4.3.21. в период беременности Застрахованного, а также в результате осложнений беременности, родов, аборта, выкидыши;

4.3.22. при самолечении Застрахованного, приведшего к ухудшению состояния здоровья или усугублению патологического процесса;

4.3.23. при отказе Застрахованного от предложенного лечения, в результате приведшего к инвалидности Застрахованного или затягиванию процесса выздоровления.

4.3.24. в результате экзогенной интоксикации, алкогольной болезни, алкогольного поражения органов и систем органов, в том числе, алкогольная кардиомиопатия, алкогольные поражения печени, алкогольные поражения почек, алкогольные поражения поджелудочной железы, алкогольная энцефалопатия и все иные заболевания, возникающие при употреблении (однократном и/или постоянном/длительном употреблении) алкоголя и его суррогатов;

4.3.25. в результате патологических состояний, обусловленных употреблением наркотических препаратов/психотропных препаратов и их прекурсоров (наркотические средства - вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, в том числе Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 года).

5. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, ФОРМА И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ.

5.1. Размер страховой суммы устанавливается в Договоре по соглашению его сторон.

5.2. Страховая премия (страховые взносы) рассчитывается исходя из страховой суммы в соответствии с утвержденными страховыми тарифами Страховщика. Размер страхового тарифа, выбирамого при заключении договора страхования, зависит от срока действия договора страхования, периодичности уплаты страховых взносов, пола, возраста Застрахованного. Страховщик может определять как половозрастные тарифы, рассчитанные для потенциальных застрахованных каждого пола и возраста, так и единый

страховой тариф с учетом половозрастной структуры группы предполагаемых застрахованных лиц и других факторов, оказывающих существенное влияние на размер тарифа.

Страховщик имеет право применять к страховым тарифам поправочные (повышающие и понижающие) коэффициенты, в зависимости от обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска, указанных Страхователем в заявлении на страхование (если применимо), а также полученных Страховщиком в результате оценки страхового риска, — состояния здоровья Застрахованного, профессии, (рода деятельности), наличия у застрахованного вредных привычек, хобби и увлечений, связанных с повышенной степенью риска, территории, на которой будет находиться застрахованный в течение срока действия договора страхования, величины франшизы (если применимо) и т.д.

Размер страхового тарифа зависит от степени страхового риска (величины вероятности наступления страхового случая).

5.3. Страховая сумма и страховая премия устанавливаются в российских рублях.

5.4. Страховая премия по Договору страхования оплачивается Страхователем единовременно (разовым платежом) за весь срок действия Договора страхования или в рассрочку путем уплаты страховых взносов. Порядок уплаты страховой премии (страховых взносов) определяется в Договоре страхования.

5.5. Датой оплаты страховой премии считается:

- при наличной оплате - дата, указанная на документе, подтверждающем оплату и выданном в момент ее совершения;
- при безналичном порядке - дата списания со счета Страхователя страховой премии (страхового взноса) в полном размере.

5.6. В случае неуплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса) в установленный Договором страхования срок или уплаты страховой премии (первого страхового взноса) в меньшем, чем предусмотрено Договором размере, Договор страхования считается не вступившим в силу / незаключенным. При оплате страховой премии в рассрочку если Страхователь не оплатил очередной (не первый) страховой взнос либо оплатил в размере, меньшем требуемого для оплаты Договора страхования, Договор страхования прекращает свое действие с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания установленного договором срока уплаты очередного страхового взноса, который не был уплачен в указанный срок. Руководствуясь п. 1 ст. 452 ГК РФ, стороны договорились, что отдельное соглашение о расторжении договора страхования в данном случае сторонами не составляется.

В случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные Договором страхования сроки (уплаты очередного страхового взноса в неполном объеме), Страховщик информирует Страхователя о факте неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные Договором страхования сроки (уплаты очередного страхового взноса в неполном объеме), а также о последствиях такого нарушения одним из способов, указанных в Договоре страхования.

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается на основании устного заявления Страхователя путем вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного Страховщиком, и приложений к страховому полису.

6.2. Вручение Страховщиком страхового полиса Страхователю может осуществляться:

- Страхователю лично;
- путем направления электронного образа страхового полиса на адрес электронной почты Страхователя.

6.3. Для заключения Договора страхования Страхователь обязан предоставить Страховщику следующие сведения:

6.3.1. В случае, если Страхователь – физическое лицо:

- ФИО;
- дата рождения;
- номер контактного телефона;
- адрес электронной почты;

6.4. При заключении Договора страхования Страхователь обязан правдиво и полно сообщить Страховщику все известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков путем указания Страхователем сведений в Договоре страхования.

6.5. Подписание Страховщиком Договора страхования, а также приложений и дополнительных соглашений к нему может осуществляться путем воспроизведения факсимile/электронного образа подписи

уполномоченного лица Страховщика механическим или иным способом с использованием клише. Факсимильное воспроизведение/отображение электронного образа подписи уполномоченных лиц со стороны Страховщика с помощью средств механического или иного копирования признается Сторонами аналогом собственноручной подписи уполномоченных лиц Страховщика. Изображение оттиска печати Страховщика, нанесенного на документ типографским или иным способом, является надлежащим реквизитом такого документа.

6.6. В случае утери Договора страхования Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает дубликат. После передачи дубликата Страхователю утерянный экземпляр Договора страхования считается недействительным и страховые выплаты по нему не производятся. При повторной утрате Договора страхования Страхователь уплачивает Страховщику денежную сумму в размере стоимости изготовления Договора страхования.

6.7. В случаях, если согласно информации, размещаемой Страховщиком в Личном кабинете, допускается создание и предоставление Страхователем документов для изменения, досрочного прекращения, отказа от договора страхования и/или иных документов в электронном виде, Страхователь может представить Страховщику соответствующие заявления и документы (за исключением заявления на страховую выплату с приложением необходимых документов для получения страховой выплаты) в электронном виде с использованием Личного кабинета и соблюдением порядка и способа создания и предоставления таких документов, указанного в Личном кабинете.

В этом случае документы, подписанные простой электронной подписью Страхователя-физического лица, признаются равнозначными документам на бумажном носителе, подписанным собственноручной подписью Страхователя-физического лица.

Предоставление документов для получения страховых выплат, указанных в Разделе 8 настоящих Полисных условий, в электронном виде не допускается.

Подписание дополнительных соглашений и/или иных документов в электронном виде Страховщиком осуществляется усиленной квалифицированной подписью Страховщика с направлением их Страхователю в его Личный кабинет или на адрес электронной почты, сообщенный Страхователем при заключении Договора страхования.

6.8. Корреспонденция в связи с Договором страхования направляется по адресам, которые указаны в Договоре страхования либо в виде электронных документов. В последнем случае, создание и отправка Страхователем Страховщику информации в электронной форме осуществляется с использованием личного кабинета Страхователя, а создание и отправка Страховщиком Страхователю информации в электронной форме осуществляется на адрес электронной почты, сообщенный Страхователем при заключении Договора страхования.

В случае изменения адресов и/или реквизитов сторон, стороны обязуются заблаговременно в письменном виде известить друг друга об этом. Если сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны заблаговременно, то вся корреспонденция, направленная по прежнему адресу, будет считаться полученной на дату ее поступления по прежнему адресу.

6.9. Страховщик использует следующие способы взаимодействия для предоставления информации Страхователю: смс-уведомления, электронные сообщения, мобильное приложение, электронную почту, почтовую, телеграфную, телефонную связь, курьерскую службу, Личный кабинет.

6.10. Информация о текущем состоянии Договора страхования предоставляется Страхователю посредством размещения информации в Личном кабинете.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ВСТУПЛЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ В СИЛУ

7.1. Срок действия Договора страхования указан в Договоре страхования.

7.2. Срок страхования начинается с даты вручения Страхователю Договора (Полиса) страхования и заканчивается в момент истечения срока действия Договора страхования, указанного в Полисе.

7.3. По заключенному Договору страхования Страхователю предоставлено 14 календарных дней со дня заключения Договора страхования, независимо от момента уплаты страховой премии, в течение которых, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, возможно отказаться от Договора страхования (аннулировать Договор) на основании письменного заявления, подписанного Страхователем собственноручно. Указанное заявление должно быть направлено Страхователем по адресу центрального офиса Страховщика, указанному в Договоре страхования/указанному на официальном сайте Страховщика, средствами почтовой или курьерской связи, либо подано Страхователем через Личный кабинет Страхователя (если там содержится информация о возможности приема заявления), либо подано Страхователем в офис Агента (если информация о возможности приема заявления Агентом

размещена на официальном сайте Страховщика). Оплаченнная страховая премия возвращается Страховщиком Страхователю в течение 10 рабочих дней с даты получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

8. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ И ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

8.1. Страховая выплата осуществляется Страховщиком независимо от всех видов пособий, пенсий и выплат, получаемых Застрахованным по государственному социальному страхованию и социальному обеспечению, трудовым и иным соглашениям, договорам страхования, заключенным с другими страховщиками, и сумм, причитающихся ему в порядке возмещения вреда по действующему законодательству.

8.2. Страховщик в целях исполнения своих обязательств по организации предоставления Застрахованным услуг в соответствии с условиями Договора страхования заключает договоры по оказанию услуг с Сервисными компаниями, при условии, что это не противоречит законодательству РФ.

8.3. Сервисные компании в соответствии с договором, заключенным со Страховщиком, а также медицинские и иные учреждения, в соответствии с договором, заключенным между Сервисной компанией и указанными учреждениями, оказывают услуги Застрахованному, предусмотренные Договором страхования и Программой страхования. Взаимоотношения Страховщика с медицинским и/или иным учреждением определяются соответствующим договором между Страховщиком и Сервисной компанией.

8.4. Страховая выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком:

- по страховому риску, указанному в п.3.1.1 настоящих Полисных условий - путем оплаты стоимости оказанных Застрахованному в соответствии с Программой страхования услуг в соответствии со счетами, полученными Страховщиком от Сервисных компаний / учреждений, оказавших указанные услуги. Общий размер страховых выплат по страховому риску, указанному в п.3.1.1 настоящих Полисных условий, не может быть больше размера страховой суммы, указанной для данного риска в Договоре страхования;
- по страховому риску, указанному в п.3.1.2 настоящих Полисных условий - путем осуществления страховой выплаты Застрахованному лицу в размере страховой суммы по данному риску, указанной в Договоре страхования.

8.5. Для получения страховой выплаты по страховому риску, указанному в п. 3.1.2 настоящих Полисных условий, Застрахованный обязан представить следующие документы, подтверждающие факт наступления страхового случая:

- копию Договора страхования и всех дополнительных соглашений к нему;
- заявление на страховую выплату, установленной Страховщиком формы, с указанием полных банковских реквизитов Застрахованного;
- документ, удостоверяющий личность получателя страховой выплаты;
- оригинал справки органа МСЭ, об установлении группы инвалидности или его нотариально заверенную копию;
- оригинал направления на МСЭ, выданный медицинским учреждением (копия, заверенная выдавшим учреждением, либо нотариально заверенная копия);
- оригиналы или заверенные лечебно-профилактическим или медицинским учреждением документы медицинского учреждения (выписка из истории болезни, история болезни, выписка из амбулаторной карты Застрахованного, амбулаторная карта, выписные, переводные, этапные эпикризы, рентгенологические снимки, снимки КТ, МРТ), подтверждающие факт наступления страхового случая;
- заверенную копию акта освидетельствования в МСЭ;
- документы, необходимые для установления причин и характера события, имеющего признаки страхового случая (заверенные надлежащим образом копии постановлений о возбуждении уголовного дела, об отказе в возбуждении уголовного дела, о прекращении уголовного дела, приостановлении предварительного следствия по делу, копии протокола об административном правонарушении, постановления по делу об административном правонарушении или определения об отказе в возбуждении дела об административном правонарушении, извещение о ДТП, документы из правоохранительных органов, копию постановления суда, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1);
- ИНН Выгодоприобретателя.

Представление указанных документов в электронной форме не допускается.

8.6. Во всех справках и выписках из медицинских учреждений обязательно должен быть указан диагноз, дата начала болезни (заболевания), сроки госпитализации, а также должно быть не менее 2-х печатей (штампов) медицинского учреждения.

8.7. Все документы, предусмотренные настоящим Разделом и предоставляемые Страховщику для получения страховой выплаты, должны быть составлены на русском языке. Если предоставляемые Страховщику документы выданы на территории иностранного государства, то они должны иметь апостиль (если применимо) и/или нотариально заверенный перевод. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение о выплате до предоставления документов надлежащего качества. В целях рассмотрения возможности осуществления страховой выплаты Страховщик имеет право осуществлять запросы Страхователю (Застрахованному) посредством телефонной связи.

8.8. В случае необходимости Страховщик имеет право самостоятельно выяснять у медицинских учреждений, правоохранительных органов и иных учреждений, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, обстоятельства, связанные с этим страховыми случаем, а также организовывать за свой счет проведение независимых экспертиз.

8.9. В случае выявления факта предоставления Страховщику комплекта документов не в полном объеме, предоставления Страховщику ненадлежащим образом оформленных документов, предусмотренных п. 8.5 настоящих Полисных условий и/или непредставлении лицом, обратившимся за страховой выплатой, банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, Страховщик в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты выявления факта сообщает Застрахованному (Выгодоприобретателю) о выявленном факте с указанием перечня недостающих и/или ненадлежаще оформленных документов и сведений.

8.10. В течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения документов, указанных в п.8.5. настоящих Полисных условий, Страховщик:

- в случае признания произошедшего события страховым случаем составляет страховой акт;
- если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, либо устранения других обстоятельств, препятствовавших выплате, принимает решение об отсрочке страховой выплаты, о чем в последующие 15 (пятнадцать) рабочих дней информирует Застрахованного (Выгодоприобретателя) одним из способов, указанных в Договоре страхования;
- в случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты принимает решение об отказе в страховой выплате, о чем в последующие 3 (три) рабочих дня письменно сообщает Страхователю.

Страховщик имеет право принять решение об осуществлении страховой выплаты или об отказе в страховой выплате при отсутствии некоторых документов, указанных в п.8.5. настоящих Полисных условий, при условии достаточности полученных документов для принятия решения.

8.11. При принятии Страховщиком положительного решения о страховой выплате по страховому случаю в соответствии с п. 3.1.2 настоящих Полисных условий, страховая выплата осуществляется в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней с даты составления страхового акта путем перечисления на банковский счет получателя. Днем выплаты считается день списания денежных средств с расчетного счета Страховщика.

8.12. При непредставлении лицом, обратившимся за страховой выплатой по событию, указанному в п. 3.1.2 настоящих Полисных условий, банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, Страховщик приостанавливает срок осуществления страховой выплаты до предоставления ему недостающих сведений, о чем уведомляет обратившееся лицо.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страхователь (Застрахованный) имеет право:

- 9.1.1. получать от Страховщика информацию о его финансовых показателях, не являющуюся коммерческой тайной;
- 9.1.2. отказаться от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала и существование страхового риска не прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;
- 9.1.3. при признании наступившего события страховым случаем по п.3.1.1 настоящих Полисных условий получить услуги, указанные в Программе, а также получить страховую выплату при признании наступившего события страховым случаем в соответствии с п.3.1.2 настоящих Полисных условий;
- 9.1.4. обратиться к Страховщику за разъяснением положений, содержащихся в Полисных условиях и Договоре страхования;

9.1.5. запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого Агенту, в случае заключения договора страхования при посредничестве Агента;

9.1.6. иные права, предусмотренные настоящими Полисными условиями.

9.2. Страхователь (Застрахованный) обязан:

9.2.1. уплачивать страховую премию в размере и в сроки, которые установлены Договором страхования;

9.2.2. сообщать Страховщику при заключении Договора страхования достоверную информацию, имеющую значение для заключения Договора страхования;

9.2.3. не реже одного раза в год подтверждать соответствие идентификационных данных, предоставленных при заключении договорных отношений. При наличии обновленных данных незамедлительно сообщить Страховщику о данном факте, предоставив оригиналы документов или соответствующим образом заверенных копий. Также незамедлительно сообщать Страховщику об изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, в том числе, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска (изменение обстоятельств признается существенным, когда они изменились настолько, что если бы стороны могли это разумно предвидеть, Договор страхования вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях); незамедлительно сообщать Страховщику об изменении фамилии или имени Застрахованного, изменении его адреса (в случае переезда), данных документа, удостоверяющего личность Застрахованного (в случае замены);

9.2.4. при обращении за страховой выплатой предоставить Страховщику заявление на выплату по установленной Страховщиком форме, а также все необходимые документы в соответствии с Разделом 8 настоящих Полисных условий;

9.2.5. выполнять иные обязанности, предусмотренные настоящими Полисными условиями, Договором страхования.

9.3. Страховщик имеет право:

9.3.1. запрашивать и проверять сообщаемую Страхователем, Застрахованным информацию, а также выполнение ими положений настоящих Полисных условий, Договора страхования, и других документов, закрепляющих договорные отношения между Страхователем и Страховщиком, связанных с заключением, исполнением или прекращением этих отношений;

9.3.2. при расчете страховой премии применять понижающие и повышающие коэффициенты, устанавливать ограничения на размеры страховых сумм и сочетания страховых рисков в Договоре страхования;

9.3.3. после заключения Договора страхования в случае увеличения степени страхового риска по согласованию со Страхователем внести изменения в Договор страхования. В случае, если стороны не пришли к согласию, Страховщик имеет право требовать расторжения Договора страхования, если обстоятельства, влекущие повышение степени страхового риска, к моменту расторжения Договора страхования не отпали;

9.3.4. отказать в страховой выплате в случаях:

- неисполнения Страхователем (Застрахованным) (его законным представителем – в случае, если Застрахованный является несовершеннолетним) обязанностей, предусмотренных п. 9.2 настоящих Полисных условий;
- если Страхователь не сообщил об изменении в сведениях о Застрахованном, указанных Страхователем при заключении Договора страхования, если данное изменение явилось прямой или косвенной причиной наступления события, обладающего признаками страхового случая;
- недоказанности факта наступления страхового случая;
- в случаях, предусмотренных ст.964 ГК РФ;
- непризнания события страховым случаем в соответствии с разделом 4 настоящих Полисных условий.

9.3.5. организовывать проведение повторного медицинского освидетельствования и независимой экспертизы в связи с обстоятельствами, имеющими отношение к страховому случаю;

9.3.6. требовать признания Договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных действующим законодательством РФ, в соответствии с п.4.2 настоящих Полисных условий.

Страховщик оставляет за собой право в страховую годовщину изменить размер страховой премии по Договору страхования в случае изменения страховых тарифов Страховщика, предварительно уведомив об этом Страхователя.

9.3.7. отсрочить страховую выплату в случаях:

- необходимости направлять запросы в компетентные органы, в том числе: в медицинские учреждения любой организационно - правовой формы (включая департаменты здравоохранения и министерства здравоохранения), в правоохранительные органы, в государственную инспекцию безопасности дорожного движения, в структурные подразделения прокуратуры РФ;
 - если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс;
 - в случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.).
- 9.3.8. иные права, предусмотренные настоящими Полисными условиями.
- 9.4. Страховщик обязан:**
- 9.4.1. выдать Страхователю настоящие Полисные условия;
- 9.4.2. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем, Застрахованным, кроме передачи необходимого объема сведений в другую страховую компанию, Сервисную компанию или перестраховочную организацию, в случае передачи в перестрахование заключенного Договора страхования;
- 9.4.3. контролировать качество оказываемых Застрахованному услуг в соответствии с Программой;
- 9.4.4. консультировать Страхователей, Застрахованных, а также лиц, желающих заключить Договор страхования, по вопросам, связанным с заключением Договоров страхования, разъяснить положения, содержащиеся в настоящих Полисных условиях и Договорах страхования;
- 9.4.5. в случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные Договором страхования сроки (уплаты очередного страхового взноса в неполном объеме), сообщить Страхователю о факте неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные Договором страхования сроки (уплаты очередного страхового взноса в неполном объеме), а также о последствиях такого нарушения одним из способов, указанных в Договоре страхования;
- 9.4.6. выполнять иные обязанности, предусмотренные настоящими Полисными условиями, Договором страхования.

10. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10.1. Действие Договора страхования прекращается:

- 10.1.1. в случае истечения срока действия Договора страхования;
- 10.1.2. в случае смерти Страхователя (физического лица), заключившего Договор о страховании третьего лица, ликвидации (реорганизации) Страхователя (юридического лица) в порядке, установленном действующим законодательством, если Застрахованный или иное лицо в соответствии с действующим законодательством не приняли на себя обязанности Страхователя по Договору страхования;
- 10.1.3. в случае, если возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;
- 10.1.4. в случае если в указанный в Договоре страхования срок Страхователем не оплачен очередной страховой взнос в полном объеме.

10.2. Договор страхования может быть расторгнут в одностороннем порядке:

- 10.2.1. По инициативе (требованию) Страховщика на основании п. 9.3.3 настоящих Полисных условий;
- 10.2.2. По инициативе (требованию) Страхователя.

При этом досрочное расторжение Договора страхования производится на основании письменного заявления Страхователя с приложением оригинала Договора страхования / Полиса, документа, удостоверяющего личность. Договор страхования считается расторгнутым с 00:00 (ноля часов, ноля минут) дня, указанного в заявлении, или дня получения заявления Страховщиком, если дата расторжения Договора страхования не указана либо указанная Страхователем дата расторжения Договора страхования является более ранней, чем дата получения заявления Страховщиком.

Заявление на расторжение Договора страхования также может быть направлено Страхователем Страховщику в порядке электронного документооборота, предусмотренного п. 6.7 настоящих Полисных условий.

10.3. В случае досрочного прекращения действия Договора страхования в соответствии с п.10.1.3 настоящих Полисных условий Страхователю выплачивается часть страховой премии в размере доли последнего уплаченного страхового взноса, пропорционально неистекшей части оплаченного периода страхования.

10.4. Если Договор страхования аннулируется в соответствии с п. 7.3 настоящих Полисных условий, то оплаченная страховая премия возвращается Страховщиком в течение 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования. При этом Договор страхования аннулируется с даты заключения Договора страхования и уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

10.5. В иных случаях прекращения действия (расторжения) Договора страхования оплаченная страховая премия Страхователю не возвращается.

11. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН. ФОРС-МАЖОР

11.1. При наступлении обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор) Страховщик вправе задержать (до устранения последствий форс-мажорных обстоятельств) выполнение обязанностей по Договорам страхования или освобождается от их выполнения.

11.2. При возникновении форс-мажорных обстоятельств, Страховщик немедленно информирует Страхователя о возникшей ситуации и принятых для ее урегулирования мерах.

12. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

12.1. В случае поступления претензии от Страхователя/Застрахованного (Выгодоприобретателя) ввиду возникновения спора, связанного с исполнением Договора страхования, Страховщик обязан обеспечить рассмотрение такой претензии в порядке, установленном законом и/или определенном в Договоре страхования/страховом полисе.

12.2. При наличии в Договоре страхования/страховом полисе условия о применении процедуры медиации возникший спор между Сторонами должен быть урегулирован с использованием медиативных процедур.

12.3. Использование процедур, указанных в п. 12.1 – 12.2 настоящих Полисных условий, не лишает Страхователя/Застрахованного (Выгодоприобретателя) права на судебную и иную защиту своих прав и законных интересов.

12.4. При невозможности достижения между Сторонами взаимного согласия по урегулированию споров путем переговоров Сторон, разрешаются в судебном порядке:

- а) для юридических лиц - в Арбитражном суде г. Москвы;
- б) для физических лиц – в соответствии с действующим законодательством РФ.

Приложение №7а к Комплексным
правилам страхования «Доктор онлайн»,
утвержденным приказом
от 15.02.2019 № 190215-05-од

ПОЛИС СТРАХОВАНИЯ «МОБИЛЬНЫЙ ДОКТОР» № _____ (далее – Договор страхования)

(выдан в соответствии с Полисными условиями по программе страхования «МОБИЛЬНЫЙ ДОКТОР» от 15.02.2019 г. (далее – Полисные условия)
Дата выдачи Полиса: « ___ » 20 г.

1. СТРАХОВЩИК: ООО «СК «Ренессанс Жизнь», 115114, г. Москва, Дербеневская набережная д.7, стр.22, этаж 4, пом.13, ком.11 Тел. 8 (495) 981 2 981, www.renlife.ru . Лицензии на осуществление страхования СЖ № 3972 от 11 мая 2017 года и СЛ № 3972 от 11 мая 2017 года, ИНН 7725520440, КПП по месту нахождения 772501001, КПП крупнейшего налогоплательщика 997950001, Р/С 40701810800001410925 в АО «Райффайзенбанк» г. Москва, БИК 044525700, К/С 30101810200000000700	
2. СТРАХОВАТЕЛЬ	Ф.И.О
ДАТА РОЖДЕНИЯ	ТЕЛЕФОНЫ:
АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ:	Домашний: Мобильный:

3. ВАЛЮТА: РОССИЙСКИЙ РУБЛЬ

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ: 1 ГОД, с 00:00 часов <ДД.ММ.ГГ> по 23:59 часов <ДД.ММ.ГГ-1ДЕНЬ>, при условии оплаты страховой премии в сроки, указанные в п. 6 настоящего Договора страхования.

5. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, ПРОГРАММА, СТРАХОВЫЕ СУММЫ,

Страховые риски (За исключением случаев, предусмотренных Разделом 4 Полисных условий)	Застрахованные лица	Страховая сумма, рубли
5.1. обращение Застрахованного к Страховщику/ в Сервисную компанию за помощью, требующей оказания медицинских и иных услуг в соответствии с Программой страхования «МОБИЛЬНЫЙ ДОКТОР»* при заболевании, обострении хронического заболевания, травме, а также случаях, указанных в Программе страхования «МОБИЛЬНЫЙ ДОКТОР»*	Страхователь	
5.2. инвалидность Застрахованного I группы по любой причине**	Страхователь	

* Программа страхования «МОБИЛЬНЫЙ ДОКТОР» является Приложением № 1 к Полисным условиям.

**Любая причина – событие (болезнь или несчастный случай), возникшее в течение срока страхования.

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____. Страховая премия оплачивается Страхователем в рассрочку путем уплаты Страхователем (списания с банковской карты Страхователя) ежемесячных страховых взносов в размере _____ рублей за каждый календарный месяц. Первый страховой взнос должен быть оплачен Страхователем в течение 14 календарных дней с даты выдачи полиса. Оплата второго и последующего страховых взносов производится ежемесячно не позднее даты в очередном календарном месяце, в котором производится оплата, соответствующей дате выдачи полиса.

7. ДЕКЛАРАЦИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ

Акцептуя настоящий Полис Страхователь заявляет следующее:

- Я уполномочиваю любого врача и/или любое лечебное учреждение, предоставивших мне медицинские услуги (обследования, консультации, лечение и т.д.) предоставлять по требованию страховой компании ООО «СК «Ренессанс Жизнь» копии медицинских документов (результаты лабораторных и инструментальных исследований, результаты лечения, прогноз по заболеванию и т.д.) как в связи с оценкой страхового риска, так и в связи со страховыми случаями по данному договору страхования.
- Ни я, ни мои родственники не являются должностным лицом публичных международных организаций, иностранным публичным должностным лицом, а также лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации. При соответствии должности в указанном перечне, лицо заполняет анкету установленного образца.
- Полисные условия по программе страхования «МОБИЛЬНЫЙ ДОКТОР» с приложением Программы страхования «МОБИЛЬНЫЙ ДОКТОР» получил.

8. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

8.1. По заключенному Договору страхования Страхователю предоставлено 14 календарных дней со дня заключения Договора страхования независимо от момента уплаты страховой премии при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, в течение которого возможно отказаться от Договора страхования (аннулировать) на основании письменного заявления, подписанного Страхователем собственноручно. Указанное заявление должно быть направлено Страхователем по адресу центрального офиса Страховщика, указанному в Договоре страхования/указанному на официальном сайте Страховщика, средствами почтовой или курьерской связи, либо подано Страхователем через Личный кабинет Страхователя (если там содержится информация о возможности приема заявления), либо подано Страхователем в офис Агента (если информация о возможности приема заявления Агентом размещена на официальном сайте Страховщика). Оплаченная страховая премия возвращается Страховщиком Страхователю в течение 10 рабочих дней с даты получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

8.2. Страхователь признает, что собственноручная подпись и факсимиле подписи Страховщика (воспроизведенное механическим или иным способом с использованием клише) на настоящем Договоре страхования, а также всех приложениях и дополнительных соглашениях к нему, имеют равную юридическую силу. Факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного лица Страховщика с помощью средств механического или иного копирования на договоре страхования, а также всех приложениях и дополнительных соглашениях к нему будет иметь такую же силу, что и собственноручная подпись уполномоченного лица Страховщика.

8.3. Страховщик предоставляет информацию Страхователю посредством: смс-уведомлений, электронных сообщений, мобильного приложения, электронной почты, почтовой, телеграфной, телефонной связи, курьерской службы, Личного кабинета.

8.4. Информация о местах приема заявлений на страховую выплату с необходимыми документами указана на официальном сайте Страховщика.

8.5. В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» Страхователь и Застрахованный (далее – Субъекты ПДн) предоставляют ООО «СК «Ренессанс Жизнь» (далее – Страховщик) согласие на автоматизированную и/или на бумажных носителях обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (в том числе трансграничную), распространение, обезличивание, блокирование и уничтожение) своих персональных данных (далее - ПДн) (ФИО, дата рождения, данные документа, удостоверяющего личность, мобильный телефон, адрес электронной почты, данные о состоянии здоровья и другие сведения, предусмотренные формой Договора страхования (далее - Договор) или содержащиеся в иных документах, передаваемых Страховщику) в целях:

- Подготовки, формирования, заключения, информационного сопровождения (с помощью любых средств связи) и исполнения Договора.
- Продвижения товаров, работ, услуг, проведения опросов для оценки качества услуг, направления любых информационных и рекламных материалов, сообщений и вызовов путём осуществления прямых контактов с помощью любых средств связи, в том числе, но не ограничиваясь, телефонной связи, sms-сообщений, по сети Интернет, в том числе электронной почты (далее – продвижение услуг).
- Осуществления прав и исполнения обязательств Страховщика перед третьими лицами: агентами, перестраховочными организациями, сервисными и иными компаниями (список размещен на официальном сайте Страховщика) при поручении обработки ПДн этим лицам и в рамках заключенных с ними договоров в связи с подготовкой, формированием, заключением, информационным сопровождением (с помощью любых средств связи) и исполнением Договора, а также продвижением услуг.

Субъект ПДн несет ответственность за предоставление согласия на обработку ПДн Выгодоприобретателя. Настоящее согласиедается субъектом ПДн Страховщику на срок действия Договора и в течение 15 лет после окончания срока действия Договора и может быть отозвано Субъектом ПДн в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного им письменного уведомления.

8.6. Страхователь/Застрахованный с целью оценки страховых рисков и проверки сведений о нем в целях заключения и исполнения договора страхования дает Страховщику согласие на получение информации из кредитной истории/части кредитной истории и иной информации в любом (любых) бюро кредитных историй в соответствии со ст.6 Федерального закона от 30.12.2004 N 218-ФЗ «О кредитных историях», в бюро страховых историй, в государственных органах и иных организациях.

Страховщик

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «МОБИЛЬНЫЙ ДОКТОР» (ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ)

1. УСЛУГИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ПО ПРОГРАММЕ

1.1. Обеспечиваемые в рамках Программы страхования «МОБИЛЬНЫЙ ДОКТОР» (далее – Программа) услуги (далее – «Услуги») заключаются в предоставлении Застрахованному посредством интерактивного мобильного приложения (далее – «Сервис») дежурными Врачами-консультантами Сервиса (терапевтами, педиатрами, далее - Врач) медицинских консультаций по вопросам здоровья в режиме реального времени.

1.2. Услуги оказываются с использованием видеосвязи, аудиосвязи, путем обмена сообщениями и файлами.

1.3. В перечень Услуг, оказываемых Застрахованным по данной Программе, входят первичные и повторные консультации дежурного Врача-консультанта, выполняемые круглосуточно с понедельника по воскресенье после получения заявки через Сервис – без ограничений по числу обращений в течение срока страхования.

1.4. Застрахованному предоставляются медицинские консультации по всем вопросам, за исключением вопросов, по которым Врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду невозможности произвести осмотр и иные исследования и манипуляции в отношении Застрахованного дистанционным способом, а также вопросов, для ответа на которые необходимо получение дополнительной информации при отсутствии таковой (результатов осмотров другими специалистами, результатов лабораторного и инструментального обследования).

1.5. Услуги не оказываются в следующих случаях:

1.5.1. Оплата таких услуг не предусмотрена Программой страхования, в том числе: вызовы врача на дом; услуги, оказание которых должно проводиться в условиях дневного стационара или в стационарных условиях; услуги по инструментальной и лабораторной диагностике; услуги скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, услуги по вызову скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;

1.5.2. Застрахованным не дано согласие на обработку персональных данных в соответствии с действующим законодательством;

1.5.3. Обращения Застрахованного за оказанием Услуг, предусмотренных настоящей Программой, до начала или после окончания срока страхования по настоящей Программе;

2. ПОРЯДОК РЕГИСТРАЦИИ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЕРВИСА

2.1. До заказа Услуг, предусмотренных Программой, Застрахованный проходит процесс предварительной регистрации в Сервисе. При регистрации Застрахованный обязан предоставить согласие на обработку персональных данных и предоставление медицинской информации Страховщику и Сервисной компании.

2.2. Оказание Услуг осуществляется с использованием мобильного телефона Застрахованного, соответствующего следующим техническим требованиям:

- модель мобильного телефона Apple iPhone 5 или выше с работающей камерой, микрофоном и иными необходимыми функциями и программным обеспечением не ниже iOS 9;
- мобильный телефон, работающий на системе Android 5.1 или выше;
- любой телефон, если пользователь обращается за оказанием услуг не через сеть Интернет.

2.3. Видеоконсультация предоставляется только посредством использования мобильного приложения.

2.4. Застрахованный самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им оборудования и программного обеспечения.

2.5. Для активации Сервиса Застрахованному необходимо:

- скачать мобильное приложение «Ренессанс Life» в App store / Play market;

- Зарегистрироваться в Сервисе (указать логин, пароль, ФИО и дату рождения, а также номер телефона).

3. ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ

3.1. Для получения предусмотренных Программой услуг Застрахованному лицу необходимо обратиться в Сервисную компанию через Сервис или по номеру телефона _____.

3.2. Все запросы на консультацию должны быть сформулированы Застрахованным в ясной форме, позволяющей однозначно определить суть вопроса, а также содержать информацию обо всех существенных обстоятельствах, являющихся его предметом. В случае непредставления достаточных сведений для оказания услуг, Сервисная компания вправе запросить у Застрахованного лица дополнительные сведения и/или документы.

3.3. До оказания Услуги Застрахованный должен предоставить Врачу информацию об установленных Застрахованному диагнозах, перенесенных Застрахованным заболеваниях, известных аллергических реакциях, противопоказаниях к проведению вмешательств, приему препаратов, с использованием Сервиса пересыпает Врачу копии необходимых документов. Консультация Врача предоставляется исходя из сведений, сообщённых Застрахованным лицом при обращении в Сервисную компанию.

3.4. Предоставление Услуг, для оказания которых необходимо изучение медицинских документов, начинается только после предоставления этих документов Застрахованным.

3.5. Услуги, оказываемые в рамках Программы, не предполагают постановки диагноза, предоставления заключения о состоянии здоровья, определения видов и методов обследования, назначения лечения (назначение препаратов, рекомендации по использованию медицинских изделий, определение тактики лечения), прогнозирования развития болезни и эффективности выбранного метода лечения вместо лечащего врача Застрахованного лица. Информация медицинского характера, получаемая Застрахованным лицом, предназначена для обсуждения с лечащим врачом Застрахованного лица.

3.6. При оказании Услуги, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований или иных медицинских манипуляций, Врач информирует Застрахованного о специалистах, к которым следует обратиться для постановки, подтверждения или уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную информацию.

3.7. Для получения предусмотренных Программой Услуг с использованием Сервиса Застрахованному необходимо выполнить следующие действия:

3.7.1. Войти в мобильное приложение и перейти в раздел «Телемедицина»;

3.7.2. Выбрать необходимого дежурного Врача (дежурный терапевт, дежурный педиатр) и нажать на кнопку «Записаться». Перед консультацией рекомендуется проверить разрешения мобильного телефона на доступ к камере и микрофону в настройках телефона.

3.7.3. После выбора дежурного Врача в открывшемся окне создания заявки ознакомиться с «Условиями оказания услуг» и подтвердить ознакомление, поставив соответствующую отметку. Нажать кнопку «Записаться на прием».

3.7.4. После записи приложение должно оставаться активным на мобильном телефоне.

3.7.5. Дождаться, когда дежурный Врач свяжется с Застрахованным (будет открыто окно консультации) с использованием Сервиса. Если в момент, когда Врач пытается связаться с Застрахованным, Застрахованный по каким-то причинам не авторизован в Сервисе (не находится онлайн), Врач предпринимает 3 попытки связаться с Застрахованным путем совершения звонка на номер мобильного телефона Застрахованного, указанный при регистрации. В случае, если Врач не смог связаться с Застрахованным ни через Сервис, ни с помощью мобильного телефона, консультация закрывается.

3.7.6. До начала консультации и во время ее Застрахованный может отправлять Врачу текстовые сообщения и изображения.

3.7.7. Когда Врач будет связываться с Застрахованным, появится окно вызова, в котором необходимо выбрать один из способов связи: видео, аудио или переписка.

3.7.8. Консультация начинается после выбора способа связи и длится до 30 минут.

В ООО «СК «Ренессанс Жизнь»
Почтовый адрес: Россия, 115114, Москва,
Дербеневская наб., 7, стр. 22, этаж 4, пом. 13, ком. 11

ЗАЯВЛЕНИЕ
на страховую выплату

Договор страхования № от г.

Я, , являюсь:

- (ФИО Заявителя)
- Застрахованным / Наследником Застрахованного / Выгодоприобретателем
 Законным представителем вышеперечисленного лица*

*Важно! Если Вы являетесь законным представителем Застрахованного / Наследника Застрахованного / Выгодоприобретателя необходимо заполнить Анкету Законного представителя.

Сведения о	<input type="checkbox"/> Застрахованном	<input type="checkbox"/> Выгодоприобретателе	<input type="checkbox"/> Наследнике Застрахованного
Фамилия	<input type="text"/> Имя <input type="text"/>		
Отчество	<input type="text"/> Дата рождения <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> г.		
Гражданство	<input type="text"/> Место рождения <input type="text"/>		
Документ, удостоверяющий личность	Паспорт	Код подразделения	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> серия <input type="text"/> № <input type="text"/>
Дата выдачи	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	Дата окончания срока действия (если имеется) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Выдан	<input type="text"/>		
ИНН	<input type="text"/> СНИЛС <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>		
Адрес места жительства (регистрации)	<input type="text"/>		
Адрес проживания (если отличается от регистрации)	<input type="text"/> (индекс, область, район, город, улица, дом, квартира)		
Номер моб. телефона	<input type="text"/> +7	E-mail	<input type="text"/>

Сведения о Застрахованном (заполняется в случае, если о событии заявляет не Застрахованное лицо):

Фамилия	<input type="text"/> Имя <input type="text"/>
Отчество	<input type="text"/> Дата рождения <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Сведения о произошедшем событии:

Обстоятельства и описание события:	<input type="text"/>
------------------------------------	----------------------

Информация о страховом событии (необходимо отметить хотя бы одно событие):

<input type="checkbox"/> Смерть Застрахованного	Дата смерти: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Причина смерти: <input type="text"/>	Mесто смерти: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Инвалидность Застрахованного	Дата установления: <input type="text"/> <input type="text"/>
Диагноз <input type="text"/>	Группа инвалидности: первая <input type="checkbox"/> вторая <input type="checkbox"/> третья <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	Первичное диагностирование смертельно опасного заболевания	Дата постановки диагноза:		
Диагноз: _____				
<input type="checkbox"/>	Телесные повреждения в результате несчастного случая	<input type="checkbox"/>	Хирургическое вмешательство: дата события	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Госпитализация	<input type="checkbox"/>	Временная нетрудоспособность	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Период нетрудоспособности		c <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> по <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Период стационарного лечения (госпитализации):		c <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> по <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Диагноз: _____				

Дожитие Застрахованного до потери постоянной работы по независящим от него причинам

Дата, когда Застрахованный был уведомлен о его предстоящем увольнении:

Отпуск по беременности и родам

(если был отметить последний): Период отпуска с по

Место работы Застрахованного (название организации, ИНН организации, адрес, ФИО руководителя, контактные данные)

Должностные обязанности

Адрес и наименование моего работодателя

Внимание!

- Если Застрахованным является ребенок или недееспособное/ограниченно дееспособное лицо, то их интересы, связанные с получением страховой выплаты, осуществляются законными представителями. Документы, подтверждающие их полномочия, должны прилагаться к заявлению;
- Если заявление подписано лицом, представляющим полномочия предоставлять интересы в страховую компанию и действующего на основании доверенности, к заявлению должна прилагаться нотариально удостоверенная доверенность.

На основании данного Заявления прошу произвести выплату на мои банковские реквизиты:

Наименование Банка (и его отделения): _____

БИК:

Расчетный счет:

Корреспондентский счет:

Лицевой счет / номер карты:

Подписывая настоящее Заявление я подтверждаю следующее:

Я подтверждаю, что мои ответы на вопросы в данном заявлении являются правдивыми.

Настоящим подтверждаю, что Застрахованный/Выгодоприобретатель/Наследник Застрахованного не является российским публичным должностным лицом¹ и иностранным публичным должностным² лицом или родственником российского публичного должностного лица и иностранного публичного должностного лица. В ином случае обязуюсь заполнить «Заявление о принятии на обслуживание ИПДЛ / РПДЛ / Уведомление о родстве с ИПДЛ / РПДЛ», «Актует РПДЛ / ИПДЛ» или «Актует родственника РПДЛ»

Настоящим подтверждаю, что Застрахованный/Выгодоприобретатель/Наследник Застрахованного не является лицом, на которого распространяется законодательство иностранного государства о налогообложении иностранных счетов (Федеральный закон от 28.06.2014 г. №173 «Об особенностях осуществления финансовых операций с иностранными гражданами и юридическими лицами, о внесении изменений в кодекс РФ об административных правонарушениях и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов РФ»).

Настоящим я предоставляю ООО «СК «Ренессанс Жизнь» и лицам, действующим по его поручению, право на обработку (в том числе сбор систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение любым, не противоречащим российскому законодательству способом (в том числе без использования средств автоматизации), на трансграничную передачу в страны, обеспечивающие адекватную защиту персональных данных и не обеспечивающие такую защиту, всех моих персональных данных (в том числе персональных данных о состоянии здоровья) в целях заключения и исполнения Договора страхования, а также в целях предоставления с помощью средств связи информации об исполнении Договора страхования и информации о страховых услугах, оказываемых Страховщиком. При этом такое согласиедается мной Страховщику на весь срок действия Договора страхования и в течение 5 (пяти) лет после прекращения действия Договора страхования и может быть отозвано мной в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного мной письменного уведомления.

(подпись)

(ФИО)

(Дата заявления)

Служебные отметки:

Вх.№ _____ - _____ / _____ от _____._____.20_____.г.

ФИО Сотрудника: _____

Должность: _____

Подпись: _____

¹ Российское публичное должностное лицо (РПДЛ) – лицо, замещающее (занимающее) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемых Президентом Российской Федерации.

² Под иностранным публичным должностным лицом понимается любое назначаемое или избираемое лицо, занимающее какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства, и любое лицо, выполняющее какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в том числе для публичного ведомства или публичного предприятия.

В ООО «СК «Ренессанс Жизнь»
Почтовый адрес: 115114, Москва,
Дербеневская наб., 7, стр. 22, эт. 4, пом. 13, ком. 11

ЗАЯВЛЕНИЕ
о расторжении Договора страхования

Договор страхования № от г.

Сведения о Заявителе – Страхователе:

Фамилия	<input type="text"/>				Имя	<input type="text"/>				
Отчество	<input type="text"/>				Дата рождения	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	Код подразделения		<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
Место рождения <input type="text"/>										
Гражданство	<input type="text"/>		Документ, удостоверяющий личность		Pаспорт	серия	<input type="text"/> №		<input type="text"/>	
Дата выдачи	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Дата окончания срока действия (если имеется)			<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Выдан	<input type="text"/>									
ИНН	<input type="text"/>				СНИЛС	<input type="text"/> <input type="text"/>	-	<input type="text"/> <input type="text"/>	-	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Адрес места жительства (регистрации)	<input type="text"/>									
Адрес проживания (если отличается от регистрации)	(индекс, область, район, город, улица, дом, квартира) <input type="text"/>									
Номер моб. телефона	<input type="text"/> +7		E-mail <input type="text"/>							

Прошу прекратить действие Договора страхования (расторгнуть) с г.
(дата расторжения)

и перечислить причитающуюся в связи с расторжением Договора сумму:

<input type="checkbox"/>	В счет оплаты страхового взноса по Договору страхования с ООО «СК «Ренессанс Жизнь» № _____.
<input type="checkbox"/>	По следующим банковским реквизитам:

Наименование Банка (и его отделения): _____

БИК:

Расчетный счет:

Корреспондентский счет:

Лицевой счет / номер карты:

Я ознакомлен (-а) с информацией об удержании налога на доходы физических лиц в случае непредоставления оригиналов справок, выданных налоговыми органами, подтверждающих неполучение налогоплательщиком социального налогового вычета.

К заявлению прилагаю:

- Копия Договора страхования (Полис);
- Копия паспорта (документ, удостоверяющий личность);
- Справка(и) ИФНС;
- _____

(подпись)

_____ (ФИО Страхователя)

_____ (Дата заявления)

Служебные отметки:

Вх.№ _____ - _____ /201____ от _____._____.20____ г.

Заявка № _____

ФИО Сотрудника: _____

Должность / Представитель Страховщика _____

Подпись: _____

В ООО «СК «Ренессанс Жизнь»
Почтовый адрес: 115114, Москва,
Дербеневская наб., 7, стр. 22,
этаж 4, пом. 13, ком. 11

ЗАЯВЛЕНИЕ
об отказе от Договора страхования

Договор страхования № от г.

Сведения о Заявителе – Страхователе:

Фамилия	<input type="text"/>				Имя	<input type="text"/>				
Отчество	<input type="text"/>				Дата рождения	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Код подразделения	<input type="text"/> - <input type="text"/>
Место рождения <input type="text"/>										
Gражданство	<input type="text"/>				Документ, удостоверяющий личность	<input type="text"/>	Паспорт	серия	<input type="text"/>	№ <input type="text"/>
Дата выдачи	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Дата окончания срока действия (если имеется) <input type="text"/>					
Выдан	<input type="text"/>									
ИНН	<input type="text"/>				СНИЛС	<input type="text"/>				
Адрес места жительства (регистрации)	<input type="text"/>									
Адрес проживания (если отличается от регистрации)	(индекс, область, район, город, улица, дом, квартира) <input type="text"/>									
Номер моб. телефона	<input type="text"/> +7				E-mail	<input type="text"/>				

- Подтверждаю, что страховая премия оплачена.
- Подтверждаю, что с даты начала действия Договора до подписания настоящего Заявления страховых случаев со мной не происходило.

Прошу перечислить уплаченную мной страховую премию:

- В счет оплаты страхового взноса, по Договору страхования с ООО «СК «Ренессанс Жизнь» № .
- По следующим банковским реквизитам:

Наименование Банка (и его отделение):

БИК:

Расчетный счет:

Корреспондентский счет:

Лицевой счет / номер карты:

К заявлению прилагаю:

- Копия Договора страхования (Полис);
- Копия паспорта (документ, удостоверяющий личность);
- Платежные документы об оплате страховой премии;
- _____

(подпись)

_____ (ФИО Страхователя)

_____ (Дата заявления)

Служебные отметки:

Вх.№ _____ - _____ /201____ от _____._____.20____ г.	Заявка № _____
ФИО Сотрудника: _____	Подпись: _____
Должность / Представитель Страховщика _____	

В ООО «СК «Ренессанс Жизнь»
Почтовый адрес: Россия, 115114, Москва,
Дербеневская наб., 7, стр. 22,
этаж 4, пом. 13, ком. 11

ЗАЯВЛЕНИЕ
об отказе Застрахованного от получения страховой выплаты

Договор страхования № от г.

я, , являюсь:
(ФИО Заявителя)

Застрахованным

Законным представителем Застрахованного*

*Важно! Если Вы являетесь законным представителем Застрахованного необходимо заполнить Анкету законного представителя. В противном случае Страховщик имеет за собой право отказать в выплате.

Сведения о Застрахованном:

Фамилия					Имя						
Отчество	Дата рождения		документ, удостоверяющий личность	Паспорт	серия	№	Код под-разделения				
Место рождения											
Гражданство					Дата окончания срока действия (если имеется)						
Дата выдачи											
Выдан											
ИНН					СНИЛС			-			
Адрес места жительства (регистрации)											
Адрес проживания (если отличается от регистрации)	(индекс, область, район, город, улица, дом, квартира)										
Номер моб. телефона	+7			E-mail							

В соответствии с п.4 ст. 430 Гражданского Кодекса РФ я отказываюсь от получения страховой суммы по риску «Дожитие Застрахованного до даты окончания срока страхования» в пользу Страхователя:

Фамилия					Имя				
Отчество									

Подписывая настоящее Заявление я подтверждаю следующее:

Я подтверждаю, что мои ответы на вопросы в данном Заявлении являются правдивыми.

Настоящим подтверждаю, что Застрахованное лицо не является российским публичным должностным лицом¹ и иностранным публичным должностным² лицом или родственником российского публичного должностного лица и иностранного публичного должностного лица. В ином случае обязуюсь заполнить «Заявление о принятии на обслуживание ИПДЛ / РПДЛ», «Уведомление о родстве с ИПДЛ / РПДЛ», «Анкету РПДЛ / ИПДЛ» или «Анкету родственника РПДЛ».

Настоящим подтверждаю, что Застрахованное лицо не является лицом, на которого распространяется законодательство иностранного государства о налогообложении иностранных счетов (Федеральный закон от 28.06.2014 г. №173 «Об особенностях осуществления финансовых операций с иностранными гражданами и юридическими лицами, о внесении изменений в кодекс РФ об административных правонарушениях и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов РФ»).

(подпись)

(ФИО)

(Дата заявления)

Служебные отметки:

Вх.№ _____ - _____ / _____ от _____._____.20_____.г.	ФИО Сотрудника: _____	Подпись: _____
Должность: _____		

¹ Российское публичное должностное лицо (РПДЛ) – лицо, замещающее (занимающее) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемых Президентом Российской Федерации.

² Под иностранным публичным должностным лицом понимается любое назначаемое или избиравшее лицо, занимающее какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства, и любое лицо, выполняющее какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в том числе для публичного ведомства или публичного предприятия.

ВСЕГО ПРОШИТО, ПРОНУМЕРОВАНО
И СКРЕПЛЕНО ПЕЧАТЬЮ
56 (пятьдесят шесть) листа (ов)
ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ВИЧЕ-ПРЕЗИДЕНТ
000 «СК «Ренессанс Жизнь»

/M. A. ПРОВОРОВ/

