

**ПАМЯТКА ПО ДОГОВОРУ РИСКОВОГО СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ /
ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ
(ДАЛЕЕ — ПАМЯТКА)**

- 1) Настоящая Памятка отражает основные (общие) условия по Договору рисковому страхованию жизни /Договору добровольного страхования от несчастных случаев (далее — «Договор страхования»).
- 2) Договор страхования заключен со страховой компанией ООО «СК «Ренессанс Жизнь» (далее — «Страховщик») и обязательства по Договору страхования несет Страховщик, а Агент оказывает только посреднические услуги в целях заключения Договора страхования между Страхователем и Страховщиком.
- 3) Заключение Договора личного страхования является добровольным и не является необходимым условием для выдачи кредита (займа) кредитной финансовой организацией.
- 4) Выгодоприобретателем по Договору страхования является Застрахованный, если иное не установлено Договором страхования. В случае смерти Застрахованного Выгодоприобретателем признается лицо, указанное в договоре в качестве Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного. Если Выгодоприобретатели на случай смерти Застрахованного не установлены, ими признаются наследники Застрахованного в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
- 5) В случае досрочного расторжения Договора страхования уплаченная Страхователем страховая премия возврату не подлежит.
- 6) 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, 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.

ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПО ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ «ВИРУС.НЕТ»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. В соответствии с настоящими Полисными условиями по программе страхования «Вирус.нет» (далее — «Полисные условия»), разработанными в соответствии с Комплексными правилами страхования МБГ, Комплексными правилами страхования «Доктор онлайн» и действующим законодательством Российской Федерации Страховщик заключает Договоры страхования (далее по тексту «Договор», «Договор страхования») с дееспособными физическими лицами, именуемыми в дальнейшем Страхователями. Комплексные правила страхования МБГ, Комплексные правила страхования «Доктор онлайн» размещены на официальном сайте Страховщика.

1.2. По Договору страхования могут быть застрахованы жизнь и здоровье самого Страхователя или другого, указанного в Договоре лица, именуемого в дальнейшем *Застрахованным*.

1.3. **Аннулирование договора страхования** — отказ Страхователя от договора страхования в соответствии с п.6.2 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. Выгодоприобретателем является Застрахованный. В случае смерти Застрахованного Выгодоприобретателем признается лицо, указанное в Договоре страхования в качестве Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного. Таких лиц может быть установлено более одного. В последнем случае страховая выплата выплачивается таким Выгодоприобретателям пропорционально указанному в договоре страхования долям. Если Выгодоприобретатели на случай смерти не установлены, ими признаются наследники Застрахованного в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, в этом случае страховая выплата производится им пропорционально их наследственным долям.

1.6. **Дата заключения Договора** — дата подписания сторонами Договора страхования, указанная в Договоре страхования.

1.7. **Дата выдачи Полиса** — дата формирования и выдачи Полиса Страхователю.

1.8. **Договор страхования (Полис)** — документ, удостоверяющий факт заключения Договора страхования, в котором определены условия страхования с конкретным Страхователем. Договор страхования (Полис) также включает в себя настоящие Полисные условия.

1.9. **Личный кабинет** — информационный ресурс, который размещен на официальном сайте Страховщика, позволяющий Страхователю взаимодействовать со Страховщиком.

1.10. **Официальный сайт** — www.renlife.ru

1.11. **Период ожидания** — период времени, начиная с 00:00 часов дня 1-го дня срока страхования, в течение которого любое заболевание — диагностированное либо первые симптомы которого были зафиксированы в медицинских документах в течение данного периода — не будет являться основанием для признания случая страховым. Продолжительность периода ожидания указывается в Договоре страхования.

1.12. **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 которыми 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.

1.13. **Программа страхования** — совокупность условий, характеризующих объем страхового покрытия по Договору страхования, особенности заключения и прекращения Договора, уплаты страховой премии и страховой выплаты и т.п.

1.14. **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 мето-

дыисследования, 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.

1.15. **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.

1.16. **Смерть** — прекращение физиологических функций организма, поддерживающих его жизнедеятельность.

1.17. **Срок страхования** — период времени, в течение которого на Застрахованного распространяется действие страховой защиты (за исключением периода ожидания, являющегося частью страхования), который определяется в соответствии с разделом 6 настоящих Полисных условий. Страхование по рискам, указанным в пп. 3.1.1 — 3.1.3 настоящих Полисных условий, 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..

1.18. **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.

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

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

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

1.22. **Страховой риск** — предполагаемое событие, обладающее признаками вероятности и случайности, на случай наступления которого заключается Договор страхования.

1.23. **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.

1.24. **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.

1.25. **Страховой год** — период продолжительностью 1 год, начиная с Даты заключения договора страхования.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного, связанные с:

- причинением вреда здоровью Застрахованного, а также с его смертью в результате болезни (заболевания);
- оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их (медицинское страхование).

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 Полисных условий:

3.1.1. Смерть Застрахованного в результате заболевания, вызванного вирусом типа SARS-CoV-2 (COVID-19);

3.1.2. Госпитализация Застрахованного в результате впервые диагностированного у Застрахованного заболевания, вызванного вирусом

типа SARS-CoV-2 (COVID-19);

3.1.3. Первичное диагностирование у Застрахованного заболевания, вызванного вирусом типа SARS-CoV-2 (COVID-19);

3.1.4. Обращение Застрахованного к Страховщику / в Сервисную компанию за помощью, требующей оказания медицинских и иных услуг в соответствии с Программой страхования «Телемедицина» при заболевании, обострении хронического заболевания, травме, а также случаях, указанных в Программе страхования «Телемедицина» (далее — «Телемедицина», «Программа страхования «Телемедицина»).

3.2. События, указанные в п.3.1 настоящих Полисных условий, являются страховыми рисками, на случай наступления которых может быть заключен Договор страхования. Перечень страховых рисков, в отношении которых заключается Договор страхования, указывается в Договоре страхования.

3.3. Событие, указанное в п. 3.1.1. настоящих Полисных условий, явившееся следствием болезни, возникшей и диагностированной в период срока страхования, признается страховым случаем, если оно наступило не позднее даты окончания срока страхования.

3.4. Территория действия страховой защиты — Российская Федерация, время действия страховой защиты — 24 часа в сутки. Договором могут быть предусмотрены иные территория и время действия страховой защиты.

4. ОБЩИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

4.1. На страхование принимаются лица-граждане Российской Федерации в возрасте от 1 (одного) полного года на дату заключения Договора страхования до 60 (шестидесяти) полных лет на дату окончания Договора страхования, за исключением лиц, указанных ниже:

4.1.1. страдающих/страдавших следующими заболеваниями: хроническая почечная недостаточность, болезнь Крона, сахарный диабет, гемофилия, сердечно-сосудистая патология (включая ишемическую болезнь сердца, аритмии (включая мерцательную аритмию), гипертонию (II-IV степени), тромбозы, эмболии, аневризмы сосудов, перенесенные инфаркты, инсульты, операции на сердце и сосудах и т.п.), цирроз печени, хронический гепатит, злокачественные или доброкачественные опухоли, туберкулез и иные хронические заболевания органов дыхания;

4.1.2. за последние 2 (два) года находившихся на больничном листе сроком 3 (три) недели подряд и более (исчисляется по каждому году), выданном в связи с острой респираторной инфекцией, гриппом любой формы и вида, за последние 12 месяцев обращавшихся за медицинской помощью, обследованием или консультацией по причине одного и того же заболевания, вызванного острой респираторной инфекцией, гриппом любой формы и вида, более одного раза;

4.1.3. проходящих на момент заключения Договора страхования какое-либо лечение или диагностику или находящихся по наблюдению врача по поводу какого-либо заболевания, вызываемого вирусом типа SARS-CoV-2 (COVID-19);

4.1.4. посещавших за течение 30 дней до заключения Договора страхования территории государств или территории субъектов Российской Федерации, в которых уровень заражения вирусом типа SARS-CoV-2 (COVID-19) на момент посещения такой территории составлял пять или более процентов от общей численности населения данной территории или посещавших территории, признанные органами исполнительной власти Российской Федерации не рекомендованными к посещению или запрещенных для посещения в связи с повышенным риском заражения вирусом типа SARS-CoV-2 (COVID-19).

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 — 4.1.4 настоящих Полисных условий, и наличие этих обстоятельств было выявлено после вступления Договора страхования в силу, то Страховщик вправе требовать признания такого Договора 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 события, произошедшие:

4.3.1. в результате умышленных действий Застрахованного, Страхователя или лица, которое согласно Договору, настоящим Полисным условиям или законодательству Российской Федерации является Выгодоприобретателем, а также лиц, действующих по их поручению;

4.3.2. вследствие посещения Застрахованным территорий государств или территорий субъектов Российской Федерации, в которых уровень заражения вирусом типа SARS-CoV-2 (COVID-19) на момент посещения такой территории составлял пять или более процентов от общей численности населения данной территории или посещения территорий, признанных органами исполнительной власти Российской Федерации не рекомендованными к посещению или запрещенных для посещения в связи с повышенным риском заражения вирусом типа SARS-CoV-2 (COVID-19);

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

4.3.4. 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.);

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

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

4.3.7. при отказе Застрахованного от предложенного лечения, в результате приведшего к наступлению страхового случая;

4.3.8. в случае, если заболевание было диагностировано или связанные с ним симптомы проявились и были зафиксированы в медицинских документах до страхования и/или в период ожидания;

4.3.9. с лицами, указанными в п.п. 4.1.1 — 4.1.4 настоящих Полисных условий.

5. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

5.1. Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя, путем составления одного документа, подписываемого Страховщиком и Страхователем, либо путем вручения Страхователю страхового Полиса, подписанного Страховщиком. В последнем случае согласие Страхователя заключить договор на предложенных условиях подтверждается принятием от Страховщика Полиса, подписанного Страховщиком, и оплатой Страхователем страховой премии в размере, указанном в Полисе.

5.2. Заявление на страхование (в случае, если Заявление на страхование подается Страхователем в письменной форме) может быть подписано простой электронной подписью. В этом случае подписание Заявления на страхование осуществляется путем введения пин-кода подтверждения, полученного от Страховщика в СМС-сообщении на мобильный телефон/акцепта сообщения на электронную почту Страхователя, что является аналогом собственноручной подписи Страхователя. Вручение Страховщиком Договора страхования / страхового Полиса, Памятки по Договору рисковому страхованию жизни / Договору добровольного страхования от несчастных случаев Страхователю может осуществляться:

- Страхователю лично;
- путем направления электронного образа указанных документов на электронный адрес Страхователя.

При заключении Договора страхования Страхователь обязан правдиво и полно сообщить Страховщику все известные Страхователю обстоятельства (сведения о страхуемом лице), имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков (оценки страхового риска) путем указания сведений в Договоре страхования (включая Декларацию), который является ручательством Страхователя / Застрахованного за достоверность изложенных в нем сведений.

Существенными признаются обстоятельства, указанные Страхователем (Застрахованным) в Договоре страхования и Декларации Страхователя/Застрахованного, являющейся частью Договора Страхования.

5.3. Для заключения договора страхования и оценки страхового риска Страхователь обязан предоставить Страховщику следующие сведения и документы:

- ФИО,
- дата и место рождения,
- пол,
- гражданство
- наименование документа, удостоверяющего личность,
- серия и номер документа, удостоверяющего личность,
- кем и когда выдан, а также код подразделения, выдавшего документ, удостоверяющего личность,
- адрес регистрации и/или адрес фактического проживания,
- номер контактного (мобильного) телефона,
- адрес электронной почты (при наличии),
- копии паспорта (Страхователя и Застрахованного), либо копии удостоверения личности, заменяющего паспорт.

5.4. Страховщик вправе отказать в заключении Договора страхования в случае, если страхуемое лицо на дату заключения Договора страхования заболело, вызванным вирусом типа SARS-CoV-2 (COVID-19) или имело признаки, позволяющие заподозрить наличие данного заболевания. Впоследствии, если Договор страхования будет заключен, Страховщик вправе требовать признания такого Договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных дей-

ствующим законодательством РФ, если будет установлено, что страховое лицо на дату заключения Договора страхования страдало заболеванием, вызванным вирусом типа SARS-CoV-2 (COVID-19). Не является страховым случаем событие, произошедшее с таким Застрахованным, и, соответственно, Страховщик не производит страховые выплаты по указанным событиям.

5.5. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об указанных в Договоре страхования обстоятельствах, Страховщик вправе требовать признания такого Договора недействительным и применения последствий, предусмотренных действующим законодательством РФ. Не являются страховыми случаями события, явившиеся следствием обстоятельств, о которых Страхователь сообщил заведомо ложные сведения при заключении Договора страхования, соответственно, у Страховщика не возникает обязанности произвести страховую выплату по такому Договору.

5.6. Согласие Застрахованного с назначением Выгодоприобретателя может быть выражено путем подписания Застрахованным Договора страхования либо путем подписания Застрахованным отдельного документа — Заявления о назначении Выгодоприобретателя.

5.7. Подписание Страховщиком Договора страхования, а также приложений и дополнительных соглашений к нему может производиться путем воспроизведения факсимиле подписи Страховщика механическим или иным способом с использованием клише. 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.

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

5.9. 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 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.

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.

5.10. 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 известена 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.

5.11. 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.

5.12. Информация о текущем состоянии Договора страхования предоставляется Страхователю в Личном кабинете.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. СРОК СТРАХОВАНИЯ

6.1. Срок действия Договора страхования и срок страхования определяются Сторонами при заключении Договора страхования и указываются в Договоре страхования.

6.2. По заключенному Договору страхования Страхователю предоставлено 14 (четырнадцать) 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, 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 безналичной форме в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования с указанием его банковских реквизитов.

С целью исполнения требований Федерального закона от 07.08.2001 N 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» по идентификации Страхователя к указанному заявлению необходимо приложить копии всех заполненных страниц документа, удостоверяющего его личность. В случае непредставления сведений о документе, удостоверяющем личность Страхователя, операции с денежными средствами не проводятся.

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

7.1. Страховая сумма определяется по соглашению между Страховщиком и Страхователем и указывается в Договоре страхования.

7.2. Страховая премия (страховые взносы) рассчитывается исходя из страховой суммы в соответствии с утвержденными страховыми тарифами Страховщика. Размер страхового тарифа зависит от срока действия договора страхования, периодичности уплаты страховых взносов, пола, возраста Застрахованного, программ страхования. 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 всех прочих факторов, оказывающих существенное влияние на размер тарифа.

7.3. Страховые суммы и страховые премии устанавливаются в российских рублях.

7.4. Страховая премия по Договору страхования оплачивается Страхователем одновременно (разовым платежом) за весь срок действия Договора страхования или в рассрочку путем уплаты страховых взносов. Порядок оплаты страховой премии указывается в договоре страхования.

7.5. В случае неуплаты Страхователем в полном объеме страховой премии или первого страхового взноса в установленный Договором страхования срок или уплаты первого страхового взноса в меньшем, чем предусмотрено Договором размере, Договор страхования считается не вступившим в силу / незаключенным. 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.

7.6. Датой оплаты страховой премии является:

- при наличных расчетах — дата, указанная на документе, подтверждающем оплату и выданном в момент ее совершения;
- при безналичных расчетах — дата списания со счета Страхователя страховой премии в полном размере.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страхователь имеет право:

- 8.1.1. получить дубликат Договора страхования в случае утраты оригинала;
- 8.1.2. получать информацию об условиях страхования, содержащихся в правилах страхования, настоящих Полисных условиях, Договоре страхования, о финансовых показателях Страховщика, не являющихся его коммерческой тайной, о размере выплачиваемого Агенту вознаграждения, в случае заключения договора страхования при посредничестве Агента, иную информацию, относящуюся к договору страхования;
- 8.1.3. 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;
- 8.1.4. в случае признания наступившего события страховым случаем получить страховую выплату;
- 8.1.5. иные права, предусмотренные настоящими Полисными условиями.

8.2. Страхователь / Застрахованный обязан:

- 8.2.1. уплачивать страховую премию в размере и в сроки, которые установлены Договором страхования;
- 8.2.2. сообщать Страховщику при заключении Договора Страховщиком достоверную информацию, имеющую значение для определения степени страхового риска;
- 8.2.3. не реже одного раза в год подтверждать соответствие идентификационных данных, представленных при заключении договорных

отношений. При наличии иных данных незамедлительно сообщить Страховщику о данных изменениях предоставив оригиналы документов, соответствующим образом заверенные копии либо сканированных копий в Личном кабинете Страхователя (если там содержится информация о возможности приема таких документов). Также незамедлительно сообщить Страховщику об изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора, 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 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);

8.2.4. при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, предоставить все необходимые документы в распоряжение Страховщика; Страхователь / Застрахованный обязан самостоятельно получать в организациях и любых иных учреждениях любой организационно-правовой формы запрашиваемые Страховщиком документы;

8.2.5. при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, известить об этом Страховщика в соответствии с требованиями, указанными в п. 10.2 настоящих Полисных условий. Обязанность Страхователя / Застрахованного сообщить о факте наступления указанного события, может быть исполнена Выгодоприобретателем;

8.2.6. при наступлении заболевания своевременно (до наступления осложнений и/или ухудшения состояния) обратиться в медицинское учреждение и строго следовать полученным медицинским рекомендациям и предписаниям;

8.2.7. при обращении за страховой выплатой представить Страховщику заявление на страховую выплату по установленной Страховщиком форме, а также все необходимые документы в соответствии с Разделом 10 настоящих Полисных условий. Данная обязанность распространяется также на Выгодоприобретателя в случае его обращения за выплатой. Информация о местах приема заявлений на страховую выплату с необходимыми документами в соответствии с Разделом 10 настоящих Полисных условий указана на официальном сайте Страховщика;

8.2.8. в случае сомнений в подлинности и/или достоверности, а также достаточности документов, представленных Страхователем / Застрахованным в связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, пройти по требованию Страховщика повторные лабораторные и инструментальные исследования (включая ультразвуковые исследования, рентгенологические и иные методы лучевой диагностики), повторные медицинские осмотры, осуществляемые врачами различных специальностей. Указанные исследования и медицинские осмотры проводятся врачами, назначенными Страховщиком, в местах, обозначенных Страховщиком, и за его счет;

8.2.9. возратить полученную страховую выплату, если в течение предусмотренной действующим законодательством Российской Федерации сроков исковой давности обнаружится такое обстоятельство, которое по закону или по настоящим Полисным условиям полностью или частично лишает Застрахованного, Выгодоприобретателя права на получение страховой выплаты;

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

8.3. Страховщик имеет право:

8.3.1. запрашивать и проверять сообщаемую Страхователем, Застрахованным, Выгодоприобретателем 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;

8.3.2. устанавливать ограничения на размеры страховых сумм и сочетания страховых рисков в Договоре страхования;

8.3.3. 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;

8.3.4. направить к Застрахованному своего врача. Врачу должна быть предоставлена возможность свободного доступа к Застрахованному для всестороннего его обследования;

8.3.5. отказать в страховой выплате в случаях:

- неисполнения Страхователем (Застрахованным) обязанностей, предусмотренных п. 8.2. настоящих Полисных условий;
- несвоевременного обращения к Страховщику с заявлением, предусмотренным п. 8.2.7. 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;
- непризнания события страховым случаем в соответствии с Разделом 4 настоящих Полисных условий;
- в случаях, предусмотренных ст.964 ГК РФ.

8.3.6. отсрочить выплату в случае необходимости направить запрос(ы) 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.

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

8.3.8. требовать признания Договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных действующим законодательством РФ, и/или требовать расторжения Договора страхования.

8.4. Страховщик обязан:

8.4.1. при заключении Договора выдать Страхователю Полисные условия вместе с Памяткой по Договору рискованного страхования жизни / Договору добровольного страхования от несчастных случаев;

8.4.2. в случае признания наступившего события страховым случаем произвести страховую выплату в порядке и сроки, установленные настоящими Полисными условиями, после получения всех необходимых документов и составления страхового акта;

8.4.3. сообщить Застрахованному / Выгодоприобретателю, либо их законным представителям, в письменной форме решение об отказе в осуществлении страховой выплаты с обоснованием причин либо об отсрочке принятия решения посредством телефонной связи или электронной почты;

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

8.4.5. 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, предусмотренных п.5.10 настоящих Полисных условий;

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

8.5. Страховщик не осуществляет сбор документов, необходимых для предоставления Страховщику в связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая.

9. ПОРЯДОК РАСЧЕТА СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

9.1. Размер страховой выплаты определяется исходя из установленных в Договоре страхования страховых сумм и в соответствии с установленными в настоящих Полисных условиях лимитами ответственности Страховщика по страховой выплате по Договору страхования.

9.2. При наступлении страхового случая по страховым рискам «Смерть Застрахованного в результате заболевания, вызванного вирусом типа SARS-CoV-2 (COVID-19)» и/или «Первичное диагностирование у Застрахованного заболевания, вызванного вирусом типа SARS-CoV-2 (COVID-19)» страховая выплата производится в размере 100% (сто процентов) от страховой суммы по соответствующему риску.

9.3. При наступлении страхового случая по страховому риску «Госпитализация Застрахованного в результате впервые диагностированного у Застрахованного заболевания, вызванного вирусом типа SARS-CoV-2 (COVID-19)» страховая выплата производится начиная с 5-х (пятих) суток госпитализации за каждый день госпитализации в размере, указанном в Договоре страхования, но не более страховой суммы по данному риску, указанной в Договоре страхования.

9.4. Страховая выплата по страховым рискам «Первичное диагностирование заболевания, вызванного вирусом типа SARS-CoV-2 (COVID-19)» и «Госпитализация Застрахованного в результате впервые диагностированного у Застрахованного заболевания, вызванного вирусом типа SARS-CoV-2 (COVID-19)», производится не более одного раза в течение действия Договора страхования.

9.5. При наступлении страхового случая по программе страхования «Телемедицина» Застрахованному оказываются медицинские услуги, указанные в Приложении № 1 к настоящим Полисным условиям. Страховщик оплачивает оказанные Застрахованному медицинские услуги по программе страхования «Телемедицина» в соответствии со счетами, полученными Страховщиком от Сервисных компаний / учреждений, оказавших указанные услуги. Общая стоимость оказанных Застрахованному медицинских услуг по программе страхования «Телемедицина» не может превысить размер страховой суммы, указанной для данной программы в Договоре страхования.

9.6. При наступлении последовательно одного из событий, указанных в п.п. 3.1.2. или 3.1.3., а затем события, указанного в п.3.1.1. настоящих Полисных условий, расчет страховой выплаты производится отдельно по каждому событию.

10. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

10.1. Страховая выплата осуществляется Страховщиком независимо

от всех видов пособий, пенсий и выплат, получаемых Застрахованным (Выгодоприобретателем) 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 Российской Федерации.

10.2. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая Страхователь, Застрахованный или Выгодоприобретатель должны известить Страховщика о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, в течение 35 (тридцати пяти) суток, начиная со дня, когда любому из указанных лиц стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения.

10.3. Для получения страховой выплаты Застрахованный (Выгодоприобретатель, Законный представитель) обязан предоставить документы, подтверждающие факт наступления страхового случая:

- 10.3.1. Выгодоприобретатель (в связи со смертью Застрахованного):
 - заявление на страховую выплату, установленной Страховщиком формы, с указанием полных банковских реквизитов Выгодоприобретателя;
 - копию договора страхования и всех дополнительных соглашений к нему;
 - документ, удостоверяющий личность получателя страховой выплаты;
 - нотариально заверенную копию справки о смерти Застрахованного;
 - нотариально заверенную копию свидетельства о смерти Застрахованного;
 - копию медицинского свидетельства о смерти, заверенную учреждением его выдавшим;
 - копию акта судебно-медицинской экспертизы/акта патологоанатомического исследования заверенную учреждением его выдавшим, заключение эксперта;
 - заверенную надлежащим образом копию карты амбулаторного больного;
 - заверенную надлежащим образом копию карты стационарного больного;
 - нотариально заверенную копию свидетельства о праве на наследство (для наследников);
 - копию свидетельства о постановке на налоговый учет Выгодоприобретателя.

10.3.2. Страхователь, Застрахованный (Выгодоприобретатель) в связи со случаями «Первичное диагностирование у Застрахованного заболевания, вызванного вирусом типа SARS-CoV-2 (COVID-19)» и «Госпитализация Застрахованного в результате впервые диагностированного у Застрахованного заболевания, вызванного вирусом типа SARS-CoV-2 (COVID-19)»:

- 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;
- оригиналы или заверенные медицинским учреждением документы -выписка из истории болезни, история болезни, выписка из амбулаторной карты Застрахованного, амбулаторная карта, рентгенологические снимки, снимки КТ, МРТ, заверенные лечебным учреждением копии карт стационарного больного, заверенные копии истории болезни, заверенные копии карт амбулаторного больного, карты травматологического больного, подтверждающие факт наступления страхового случая, листок временной нетрудоспособности;
- копию свидетельства о постановке на налоговый учет Выгодоприобретателя;
- доверенность на представление интересов Застрахованного (при необходимости), оформленная в соответствии с действующим законодательством, а также копии документа удостоверяющего личность представителя Застрахованного.

10.4. Порядок получения медицинских услуг по программе страхования «Телемедицина» изложен в Приложении №1 к настоящим Полисным условиям. Объем услуг, входящих в программу страхования «Телемедицина», может быть изменен Договором страхования.

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

10.6. Все документы, предусмотренные настоящим Разделом и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами, 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.

10.7. 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 страховым слу-

чаем, а также организовывать за свой счет проведение медицинского обследования/освидетельствования Застрахованного лица и/или независимых экспертиз.

Если Застрахованное лицо не прошло медицинское обследование/освидетельствование в согласованную дату, страховщик согласовывает с этим лицом другую дату медицинского обследования/освидетельствования при его обращении к страховщику. При этом, если в соответствии с договором страхования течение срока урегулирования требования о страховой выплате началось до проведения медицинского обследования/освидетельствования, то течение данного срока приостанавливается до даты проведения медицинского обследования/освидетельствования.

В случае повторного непрохождения Застрахованным лицом медицинского обследования/освидетельствования в согласованную со страховщиком дату, страховщик возвращает без рассмотрения представленное таким лицом Заявление на страховую выплату, а также приложенные к нему документы (как поданные непосредственно вместе с Заявлением на страховую выплату, так и представленные впоследствии), если иное не будет согласовано между Страховщиком и Страхователем (выгодоприобретателем).

10.8. В случае выявления факта предоставления Страховщику комплекта документов не в полном объеме и/или предоставления Страховщику ненадлежащим образом оформленных документов, предусмотренных п. 10.3 настоящих Полисных условий, 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.

10.9. В течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения документов, указанных в п. 10.3. 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, в том числе, в соответствии с п. 8.3.6. настоящих Полисных условий, принимает решение об отсрочке страховой выплаты, о чем в срок 15 (пятнадцать) рабочих дней извещает Застрахованного (Выгодоприобретателя). Извещение об отсрочке страховой выплаты может быть доведено до Выгодоприобретателя посредством почтовой или телефонной связи, путем направления СМС-сообщения, по электронной почте,

- 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 со ссылками на нормы права и/или условия Договора страхования и настоящих Полисных условий.

Страховщик имеет право принять решение об осуществлении страховой выплаты или об отказе в страховой выплате при отсутствии некоторых документов, указанных в п. 10.3 настоящих Полисных условий, при условии достаточности полученных документов для принятия решения.

10.10. При непредоставлении лицом, обратившимся за страховой выплатой, 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.

10.11. При принятии Страховщиком положительного решения о страховой выплате она осуществляется в течение 15 рабочих дней с даты составления страхового акта путем перечисления на банковский счет получателя. Днем выплаты считается день списания денежных средств с расчетного счета Страховщика.

10.12. Лица, виновные в смерти Застрахованного или каким-либо образом умышленно способствовавшие наступлению страхового случая не имеют право на получение страховой выплаты.

10.13. Требования по страховой выплате могут быть предъявлены Страховщику в течение 3 (трех) лет со дня наступления страхового случая.

11. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

11.1. Действие Договора страхования прекращается:

11.1.1. в случае выполнения Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме;

11.1.2. в случае истечения срока действия Договора;

11.1.3. в случае если возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

11.2. Договор страхования может быть расторгнут в одностороннем порядке:

11.2.1. По инициативе (требованию) Страховщика:

- на основании п. 8.3.3 настоящих Полисных условий

11.2.2. По инициативе (требованию) Страхователя.

При этом досрочное расторжение Договора страхования производится на основании письменного заявления Страхователя с приложением оригинала Договора страхования, документа, удостоверяющего лич-

ность. 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). Договор считается расторгнутым с 00:00 часов дня, указанного в заявлении, или дня получения заявления Страховщиком, если дата расторжения Договора не указана, либо указанная Страхователем дата расторжения Договора является более ранней, чем дата получения заявления Страховщиком.

11.3. В случае досрочного прекращения действия Договора на основании п. 11.1.3 настоящих Полисных условий Страхователю выплачивается часть страховой премии в размере доли уплаченной страховой премии, пропорционально неистекшей части оплаченного периода страхования. В этом случае возврат части страховой премии осуществляется в безналичной форме в течение 60 (шестидесяти) календарных дней с даты расторжения/прекращения Договора.

11.4. В остальных случаях расторжения и прекращения действия Договора страхования оплаченная страховая премия не возвращается.

11.5. В случае признания Договора страхования недействительным в соответствии с п.п. 4.2., 5.4., 5.5. настоящих Полисных условий, Страхователю возвращается оплаченная страховая премия.

11.6. В случае досрочного расторжения Договора (прекращения действия), а также в случае истечения срока действия Договора, обязательства Страховщика по страховой выплате при наступлении страхового случая, произошедшего в период срока страхования, оплаченного Страхователем и до расторжения (прекращения действия) настоящего Договора сохраняются.

11.7. Если договор страхования аннулируется в соответствии с п. 6.2. 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.

12. ФОРС-МАЖОР

12.1. 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.

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

13. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

13.1. Споры, вытекающие из договоров страхования, заключенных в соответствии с настоящими Полисными условиями, рассматриваются в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации. В случаях, предусмотренных Федеральным законом от 4 июня 2018 г. № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», Страхователь (Выгодоприобретатель), являющийся потребителем финансовых услуг, обязан обратиться к финансовому уполномоченному.

Страховщик

Генеральный директор
ООО «СК «Ренессанс Жизнь»
действующий на основании Устава

/Киселев О.М./



ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ТЕЛЕМЕДИЦИНА»

1. УСЛУГИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ПО ПРОГРАММЕ

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

1.1.1. Медицинские и иные услуги:

Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации с использованием Сервиса, проводимые Врачами, а именно:

- срочные консультации дежурным врачом-терапевтом, находящимся в данный момент в Сервисе онлайн;
- срочные консультации дежурным врачом-иммунологом, находящимся в данный момент в Сервисе онлайн, по симптомам коронавируса;
- онлайн-консультации с врачами-консультантами профильных специальностей;
- предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн консультации.

1.1.2. Консультации по телефону о порядке получения необходимых медицинских услуг, в рамках программы ОМС, при симптомах либо диагностировании коронавируса.

1.1.3. Консультации психологов по телефону по вопросам, связанным с заболеванием или состоянием здоровья Застрахованного, в том числе по вопросам, связанным с симптомами либо диагностировании коронавируса.

1.1.4. Информационные услуги:

- справочник лекарств,
- дневник приема лекарств,
- дневник беременности,
- дневник менструаций,
- мониторинг показателей,
- хранение документов (справок, рецептов, медицинских заключений и т.д.).

1.2. Услуги, указанные в п.п.1.1.1.-1.1.3. настоящей Программы страхования предоставляются в течение 1 (одного) года с даты начала срока действия Договора страхования. Услуги, указанные в п. 1.1.4. настоящей Программы страхования предоставляются с даты вручения Страхователю Договора страхования до момента истечения срока действия Договора страхования.

1.3. Услуги не оказываются:

- 1.3.1. в случае обращения Застрахованного за оказанием Услуг, предусмотренных настоящей Программой, до начала или после окончания срока страхования по настоящей Программе;
- 1.3.2. 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 помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи;
- 1.3.3. 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 услуги (далее — «Услуги») заключаются в предоставлении Застрахованным Врачами медицинских консультаций, а также психологом и медицинским консультантом по вопросам здоровья и организации медицинской помощи 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 вмешательства, приему препаратов, пересылает 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 Услуги, предусмо-

тренных настоящей Программой, должен пройти процесс активации Телемедицины на сайте <https://www.doctis.ru/activate/>, где он указывает фамилию, имя, отчество, выбирает программу, указывает номер полиса/сертификата и номер мобильного телефона, который будет использоваться для регистрации в мобильном приложении «Доктис».

2.6. Правила регистрации в интерактивной веб-платформе:

2.6.1. Оказание Услуги 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 веб-камера обладает разрешением не ниже 1024 x 720 (в случае, если предпочтительным методом общения с врачом является видеосвязь);
- к компьютеру подключен микрофон (в случае, если предпочтительным является оказание 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, Opera последней версии или MS Edge;
- 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.

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

2.7. Консультация с Врачом, медицинским консультантом или психологом.

Для получения предусмотренных настоящей Программой Услуги необходимо выполнить следующие действия:

2.7.1. Перейти на главную страницу сайта <https://w.doctis.ru> (далее — «Сайт») или запустить мобильное приложение «Доктис», которое можно загрузить из Apple Store/Google Play, зарегистрироваться или ввести номер мобильного телефона и пароль, если регистрация была выполнена ранее.

2.7.2. Для получения срочной консультации дежурного врача терапевта необходимо:

- На Сайте в разделе «Прием дежурного терапевта» принять условия Пользовательского соглашения и нажать кнопку «Начать консультацию»;
- В Мобильном приложении нажать кнопку «Обратиться к врачу», в поле ФИО врача выбрать «Дежурный терапевт Г.Л.», заполнить остальные поля — кратко описать причину обращения.

Далее необходимо дожидаться, когда дежурный Врач терапевт свяжется с Застрахованным — свободный дежурный Врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), свяжется с Застрахованным с использованием Сервиса.

2.7.3. Для получения консультации Психолога или услуги «Второе мнение» необходимо:

- На Сайте в разделе «Прием специалиста» нажать кнопку «Записаться», выбрать необходимую специализацию врача, ввести тему обращения и описание проблемы.
- В Мобильном приложении нажать кнопку «Обратиться к врачу», выбрать специализацию или ФИО конкретного врача, ввести описание проблемы, а также приложить имеющуюся медицинскую информацию (заключения врача, результаты анализов и т.д.)

2.7.4. Для получения сервисных услуг по организации медицинской помощи Застрахованному необходимо обратиться по тому же алгоритму что и в п. 2.7.3. к специалисту «Медицинский советник» или позвонить по телефону 8 800 500 02 99.

2.7.5. До начала консультации и во время нее Застрахованный может отправлять Врачу текстовые сообщения, изображения и файлы, которые могут быть полезны Врачу в рамках данной консультации.

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

2.7.7. Врач связывается всегда с Застрахованным в текстовом чате. Застрахованный может предложить переключиться в аудио или видео режим.

2.7.8. Консультация начинается после выбора способа связи и длится до окончания ответов по 1 (одному) вопросу о здоровье Застрахованного или до момента, когда Застрахованный перестает в течение 12 (двенадцати) часов отвечать на вопросы Врача.

2.8. Застрахованный должен 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.

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

2.10. Порядок получения Услуг может быть изменен Страховщиком. В

случае изменения Страховщик заблаговременно извещает Страхователя/Застрахованного об этом и предоставляет измененный порядок получения Услуг способом, установленным в Договоре страхования.

2.11. В случае возникновения любых технических проблем с Сервисом Застрахованный может получить круглосуточно помощь по телефону 8 800 500 02 99.

Страховщик

Генеральный директор
ООО «СК «Ренессанс Жизнь»
действующий на основании Устава

/Киселев О.М./

