

Приложение № 1 к приказу
от 06.04.2020 № 200406-01

УТВЕРЖДАЮ
Директор департамента по
стратегическому развитию



А.О. Рытвинская
«06» апреля 2020 г.

Приложение № 1 к договору страхования
по программе страхования «Семья под
защитой»

Памятка по договору рискового страхования жизни /
договору добровольного страхования от несчастных случаев
(далее - Памятка)

- 1) Настоящая Памятка отражает основные (общие) условия по договору рискового страхования 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 (если там содержится информация о возможности приема заявления). 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 комплексной программе страхования «Семья под защитой»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. В соответствии с настоящими Полисными условиями по комплексной программе страхования «Семья под защитой» (далее Полисные условия), разработанными в соответствии с Правилами страхования от несчастных случаев и болезней (вариант 1) и Комплексными правилами страхования «Доктор онлайн», и действующим законодательством Российской Федерации Страховщик заключает договоры добровольного страхования по программе страхования «Семья под защитой» (далее по тексту «договор», «договор страхования») с дееспособными физическими лицами, именуемыми в дальнейшем Страхователями.

1.2. Застрахованными по договору страхования могут быть граждане РФ:

- физические лица (супруг / супруга) в возрасте от 18 полных лет до 84 полных лет включительно на дату заключения договора страхования (далее – Застрахованный, Застрахованные), состоящие в законном браке (риск Инвалидность Застрахованного 1 или 2 группы в результате несчастного случая может быть включен в договор страхования при условии, что возраст Застрахованного по данному риску не превышает 65 (шестьдесят пять) полных лет на дату окончания срока действия договора страхования);

- дети Застрахованных (родные или приемные/опекаемые/находящиеся на попечительстве) в возрасте от 1-го полного года до 17 полных лет включительно на дату заключения договора страхования (далее - Застрахованный ребенок, Застрахованные дети). По одному договору страхования, заключаемому на условиях комплексной программы страхования «Семья под защитой», могут быть застрахованы до 3 (трех) детей Застрахованных.

1.3. Аннулирование договора страхования – отказ Страхователя от договора страхования в соответствии с п. 6.3. 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 после вступления договора страхования в силу.

1.5. Врач-эксперт — специалист с законченным высшим медицинским образованием, не являющийся родственником, подчиненным, работником или лицом, каким-либо образом, зависящим от Застрахованного (Страхователя / Выгодоприобретателя), и имеющий право в установленном порядке осуществлять медицинскую деятельность (лечение или консультации).

1.6. Выгодоприобретатель — физическое лицо, которому принадлежит право на получение страховой выплаты. Выгодоприобретателем является Застрахованный/Застрахованный ребенок.

В случае смерти Застрахованного Выгодоприобретателем признается лицо, указанное в договоре в качестве Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного. Таких лиц может быть установлено более одного. В последнем случае страховая выплата выплачивается таким Выгодоприобретателям, пропорционально указанным в заявлении на страхование 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.

1.7. Выжидательный период — количество дней с даты начала срока страхования, в течение которых события, произошедшие с Застрахованным/Застрахованным ребенком, не будут признаваться страховыми случаями.

1.8. Дата выдачи Полиса – дата формирования и выдачи Полиса Страхователю.

1.9. Договор страхования (страховой Полис)— документ, удостоверяющий факт заключения договора страхования, в котором определены условия страхования с конкретным Страхователем.

1.10. 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 1, 2 или 3 группа инвалидности, а лицу в возрасте до 18 лет – категория «ребенок-инвалид». Наличие заболевания не является достаточным условием для признания человека инвалидом. В случае признания гражданина инвалидом датой установления инвалидности считается день поступления в соответствующее учреждение медико-социальной экспертизы заявления гражданина о проведении медико-социальной экспертизы.

1.11. Клещевой энцефалит — природноочаговое трансмиссивное инфекционное заболевание.

1.12. Лайм-боррелиоз (болезнь Лайма, иксодовый клещевой боррелиоз) - природноочаговое, трансмиссивное инфекционное заболевание.

1.13. Личный кабинет — информационный ресурс, который размещен на официальном сайте Страховщика, позволяющий получателю страховых услуг взаимодействовать со Страховщиком.

1.14. Несчастный случай — внезапное, внешнее, кратковременное (до нескольких часов), фактически происшедшее 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, разрывы аневризм артерий и прочие внезапные поражения внутренних органов, вызванные наследственной патологией или патологией в результате развития болезни (заболевания), также не относятся к несчастному случаю: остеохондроз, грыжи межпозвоночных дисков, ВИЧ – инфекция, СПИД. Несчастный случай не является болезнью (заболеванием).

1.15. Официальный сайт – 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 – перечень страховых событий и исключений из них, а также лимиты ответственности Страховщика по Программе страхования в целом и по отдельным видам покрытий.

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

1.19. 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.

1.20. Смерть — прекращение физиологических функций организма, поддерживающих его жизнедеятельность.

1.21. Срок страхования — период времени, в течение которого на Застрахованного распространяется действие страховой защиты. 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.

1.22. Страховая премия — плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

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. Страховой риск — предполагаемые события, обладающие признаками вероятности и случайности, на случай наступления которых заключается договор страхования.

1.25. Страховой случай — свершившееся в период срока страхования событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату (страховые выплаты) Выгодоприобретателю.

1.26. Страховые выплаты — выплаты, производимые при наступлении страхового случая Застрахованному, Выгодоприобретателю или их законным наследникам. 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. Страховые тарифы — ставки страховой премии с единицы страховой суммы.

1.28. Телесное повреждение — нарушение анатомической целостности или физиологических функции органов и тканей, возникшее в результате воздействия различных факторов внешней среды, предусмотренное соответствующей Таблицей страховых выплат, являющейся Приложением к договору страхования, произошедшее вследствие несчастного случая в период срока страхования.

1.29. Франшиза - часть убытков, которая определена федеральным законом и (или) договором страхования, не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

В соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной (Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).

Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

2. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектами страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы:

– связанные с причинением вреда здоровью граждан, а также с их смертью в результате несчастного случая (страхование от несчастных случаев и болезней);

– связанные с оплатой организации и оказания медицинской и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг (медицинское страхование).

3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ.

3.1. Страховыми случаями для **Застрахованного** по договору могут быть признаны следующие события, за исключением случаев, предусмотренных разделом 4 настоящих Полисных условий:

3.1.1. Смерть Застрахованного, наступившая в результате несчастного случая (далее – Смерть НС).

3.1.2. Установление Застрахованному диагноза клещевого энцефалита или Лайм-боррелиоза (далее – риск клещевого энцефалита/Лайм-боррелиоза).

3.1.3. Инвалидность Застрахованного 1 или 2 группы в результате несчастного случая (далее – Инвалидность НС).

Указанный риск может быть включен в договор страхования при условии, что возраст Застрахованного по данному риску не превышает 65 (шестьдесят пять) полных лет на дату окончания срока действия договора страхования.

3.1.4. Телесные повреждения, полученные Застрахованным в результате несчастного случая, предусмотренные Таблицей страховых выплат по риску Переломы в результате несчастного случая (далее – риск переломы, переломов).

3.1.5. Телесные повреждения, полученные Застрахованным в результате несчастного случая, предусмотренные Таблицей страховых выплат при ожогах (далее – риск ожогов).

3.1.6. Госпитализация Застрахованного в результате несчастного случая (далее – риск госпитализации Застрахованного в результате НС).

3.1.7. Обращение Застрахованного к Страховщику/ в Сервисную компанию за помощью, требующей оказания медицинских и иных услуг в соответствии с Программой «Доктор плюс» при заболевании, обострении хронического заболевания, травме, а также случаях, указанных в Программе «Доктор плюс» (Приложение № 5 к настоящим Полисным условиям).

3.2. Страховыми случаями для **Застрахованного ребенка** по договору могут быть признаны следующие события, за исключением случаев, предусмотренных разделом 4 настоящих Полисных условий:

3.2.1. Телесные повреждения, полученные Застрахованным ребенком в результате несчастного случая, предусмотренные Таблицей страховых выплат по риску Переломы в результате несчастного случая (далее – риск переломов Застрахованного ребенка).

3.2.2. Госпитализация Застрахованного ребенка в результате несчастного случая (далее - риск госпитализации Застрахованного ребенка в результате НС).

3.2.3. Телесные повреждения, полученные Застрахованным ребенком в результате несчастного случая, предусмотренные Таблицей страховых выплат при ожогах (далее – риск ожогов Застрахованного ребенка).

3.2.4. Установление Застрахованному ребенку диагноза клещевого энцефалита или Лайм-боррелиоза (далее – риск клещевого энцефалита/Лайм-боррелиоза).

3.3. События, указанные в пп. 3.1 и 3.2. настоящих Полисных условий, являются страховыми рисками. В отношении каждого Застрахованного/Застрахованного ребенка страховые риски указываются в договоре страхования.

3.4. Территория действия страховой защиты: весь мир. Время действия страховой защиты: 24 часа в сутки, если иное не предусмотрено договором страхования.

3.5. По страховым рискам/программе страхования, указанным в Разделе 3 настоящих Полисных условий, может быть предусмотрен Выжидательный период, продолжительность которого указывается в договоре страхования.

4. ОБЩИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

4.1. По всем страховым рискам, за исключением риска Инвалидность Застрахованного 1 или 2 группы в результате несчастного случая (п. 3.1.3. настоящих Полисных условий), на страхование принимаются лица в возрасте от 1-го (одного) полного года до 84 (восемидесяти четырех) полных лет включительно на дату заключения договора страхования за исключением лиц, указанных ниже:

4.1.1. на момент заключения договора являющихся инвалидами любой группы (в том числе лицом, которому была присвоена категории «ребенок-инвалид»), либо лицом, в отношении которого принято решение о направлении его для установления ему группы инвалидности;

4.1.2. которым на момент заключения договора был установлен диагноз клещевого энцефалита или Лайм-боррелиоза;

4.1.3. которым устанавливался диагноз эпилепсии, слабоумия; других психических заболеваний и/или расстройств;

4.1.4. на момент заключения договора состоящих в наркологическом и/или психоневрологическом диспансере;

4.1.5. употребляющих наркотические, токсические и/или психоактивные вещества с целью лечения или по иной причине; лиц, которым устанавливался диагноз алкоголизм; лиц, состоящих по любой из указанных причин на диспансерном учете;

4.2. Не являются страховыми случаями события, произошедшие:

4.2.1. 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, направленных на наступление страхового случая;

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

4.2.3. 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;

4.2.4. 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.);

4.2.5. 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;

4.2.6. 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;

4.2.7. 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 также 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;

4.2.8. 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;

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

4.2.10. 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;

4.2.11. 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 моторизованном транспортном средстве в дождь, езды на мотоцикле или ином двухколесном моторизованном транспортном средстве по бездорожью;

4.2.12. в результате и/или в ходе 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;

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

4.2.14. 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;

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

4.2.16. в результате предшествовавших состояний или их последствий;

4.2.17. 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;

4.2.18. вследствие беременности Застрахованного, осложнений беременности, родов, аборта, выкидыша;

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

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

4.2.21. в результате экзогенной интоксикации, отравления любыми спиртами, спиртосодержащими жидкостями, 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;

4.2.22. 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).

4.2.23. с лицами, указанными в пп. 4.1.1.- 4.1.5. настоящих Полисных условий.

4.3. Исключения, указанные в п.п. 4.2. настоящих Полисных условий, применяются также к Застрахованному ребенку.

4.4. По страховым рискам госпитализации Застрахованного в результате НС, госпитализации Застрахованного ребенка в результате НС страховым случаем не будет считаться помещение Застрахованного/Застрахованного ребенка в стационар исключительно с целью проведения медицинского обследования, нахождение Застрахованного/Застрахованного ребенка в клинике или санатории в том числе для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения, нахождение

Застрахованного/Застрахованного ребенка в стационаре в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей, помещение Застрахованного/Застрахованного ребенка в дневной стационар.

5. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

5.1. Договор страхования заключается на основании устного заявления Страхователя, оригинала паспорта (Страхователя и Застрахованного) либо удостоверения личности, заменяющего паспорт, путем вручения Полиса, подписанного Страховщиком.

Вручение страхового Полиса Страхователю осуществляется лично, если иной способ вручения не предусмотрен непосредственно в страховом Полисе.

Вручением Полисных условий по программе страхования «Семья под защитой» вместе с Памяткой по договору рискованного страхования жизни/договору добровольного страхования от несчастных случаев считается ознакомление с указанными документами на официальном сайте Страховщика по ссылке, указанной в страховом Полисе.

Страхователь подтверждает согласие на добровольное заключение договора страхования и факт принятия Полиса путем оплаты страховой премии (первого страхового взноса).

5.2. Договор страхования также может быть заключен иными способами, не противоречащими законодательству РФ.

5.3. Страховщик проводит оценку страхового риска при заключении договора страхования.

5.4. 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).

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

- 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.

Страховщик проводит оценку страхового риска при заключении договора страхования.

5.6. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения, 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.

5.7. Согласие Застрахованного с назначением Выгодоприобретателя выражается путем оплаты страховой премии (страхового взноса).

5.8. 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.

5.9. 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 утрате договора страхования Страхователь уплачивает Страховщику денежную сумму в размере стоимости изготовления договора страхования.

5.10. 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.

При этом Страховщик вправе запросить оригиналы документов, необходимых для принятия решения о признании события страховым и решения вопроса об осуществлении страховой выплаты, в том числе о ее размере.

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.

5.11. Корреспонденция в связи с договором страхования направляется по адресам, которые указаны в договоре, 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.

5.12. 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.

5.13. 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. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

6.1. Срок действия договора страхования указывается в договоре страхования.

6.2. Договор страхования вступает в силу с 00:00 часов дня, следующего за датой оплаты Страхователем в полном объеме страховой премии Страховщику, если иная (более поздняя) дата начала срока действия договора страхования не указана в договоре страхования.

6.3. По заключенному договору страхования Страхователю-физическому лицу 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 (если там содержится информация о возможности приема заявления), либо подано Страхователем в офис представителя Страховщика (Агента) (если информация о возможности приема заявления представителем Страховщика (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. Страховые суммы устанавливаются по соглашению между Страховщиком и Страхователем и указываются в договоре страхования.

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

7.3. Страховая премия рассчитывается Страховщиком исходя из страховой суммы в соответствии с утвержденными тарифами Страховщика. Размер страхового тарифа, выбираемого при заключении договора страхования, зависит от срока действия договора страхования, периодичности уплаты страховых взносов, пола, возраста Застрахованного, программ страхования, степени страхового риска (величины вероятности наступления страхового случая). 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.

7.4. Страховая премия по договору страхования оплачивается Страхователем единовременно (разовым платежом) за весь срок действия договора страхования или в рассрочку путем уплаты страховых взносов.

7.5. Датой оплаты страховой премии, если иное не указано в договоре страхования, 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 (первого страхового взноса) в полном размере.

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. Все банковские расходы по перечислению страховой премии, а также иные комиссии банков, взимаемые при перечислении страховой премии Страховщику, оплачиваются Страхователем (плательщиком).

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страхователь имеет право:

8.1.1. получить дубликат договора (полиса) в случае утраты оригинала;

8.1.2. с письменного согласия Застрахованного (законного представителя Застрахованного ребенка) назначить Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного/Застрахованного ребенка, а также с согласия Застрахованного (законного представителя Застрахованного ребенка) заменить такого Выгодоприобретателя другим лицом до наступления предусмотренного договором страхового случая;

8.1.3. получать информацию об условиях страхования, содержащихся в Правилах страхования, настоящих Полисных условиях, договорах страхования, о размере выплачиваемого Агенту вознаграждения, в случае заключения договора страхования при посредничестве Агента, иную информацию, относящуюся к договору страхования;

8.1.4. 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;

8.1.5. иные права, предусмотренные настоящими Полисными условиями.

8.2. Страхователь (Застрахованный) обязан:

8.2.1. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размере и в сроки, которые установлены договором страхования;

8.2.2. сообщить Страховщику при заключении договора достоверную информацию, имеющую значение для определения степени страхового риска сообщать Страховщику при заключении договора страхования и на этапе оценки страхового риска достоверную информацию (Декларациях, иных анкетах Страховщика), имеющую значение для определения степени страхового риска, обеспечить прохождение Застрахованным медицинского осмотра;

8.2.3. не реже одного раза в год подтверждать соответствие идентификационных данных в отношении Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателей. При наличии обновленных данных Страхователь/Застрахованный обязан в срок, не превышающий 7 (семь) рабочих дней, сообщить Страховщику о данном факте, предоставив оригиналы документов или соответствующим образом заверенные копии либо сканированные копии в Личном кабинете (если там содержится информация о возможности приема таких документов). Также незамедлительно сообщать 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 Страхователь, Застрахованный или Выгодоприобретатель должны известить Страховщика о наступлении такого события в течение 35 (тридцати пяти) суток, начиная со дня, когда любому из указанных лиц стало известно о его наступлении, любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения. В случае, если ни Страхователь, ни Застрахованный, ни Выгодоприобретатель не известили Страховщика в 35-дневный срок, при отсутствии объективных причин, препятствующих этому, Страховщик вправе отказать в выплате по данному событию, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности по страховой выплате;

8.2.5. при наступлении несчастного случая незамедлительно (но не более суток с момента несчастного случая) после его наступления обратиться за помощью в медицинское учреждение и строго следовать полученным медицинским рекомендациям и предписаниям;

8.2.6. при обращении за страховой выплатой представить Страховщику заявление на 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 страховой 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;

8.2.7. в случае сомнений в подлинности и/или достоверности, а также достаточности документов, представленных Страхователем (Застрахованным/законным представителем Застрахованного ребенка) в связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, или для подтверждения состояния утраты трудоспособности, в том числе и при назначении группы инвалидности, 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;

8.2.8. возратить полученную страховую выплату, если в течение предусмотренных действующим законодательством РФ 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;

8.2.9. доводить до сведения Застрахованных следующую информацию:

- о наличии и адресе Официального сайта Страховщика;
- об условиях страхования Застрахованного, включающих: объект страхования, Страховые риски, порядок осуществления Страховой выплаты, в том числе перечень документов, которые необходимо представить вместе с заявлением на Страховую выплату; о применяемых Страховщиком исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях Застрахованного, совершение которых может повлечь отказ Страховщика в Страховой выплате или сокращение ее размера;

- о сроках рассмотрения обращений получателей страховых услуг относительно страховой выплаты, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от компетентных органов и (или) сторонних организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия страховой организацией решения о признании события страховым случаем или о размере 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/законным представителем Застрахованного ребенка, 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. при расчете страховой премии применять понижающие и повышающие коэффициенты, 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. отказать в страховой выплате в случаях:

- недоказанности факта наступления страхового случая;
- непризнания события страховым случаем в соответствии с Правилами страхования от несчастных случаев и болезней (вариант 1) и/или Комплексными правилами страхования «Доктор онлайн»;
- в случаях, предусмотренных ст. 964 ГК РФ.

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

8.3.6. в случае необходимости направлять запросы в компетентные органы;

8.3.7. 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.

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

8.3.9. иные права, предусмотренные настоящими Полисными условиями.

8.4. Страховщик обязан:

8.4.1. выдать Страхователю Полисные условия, Памятку по договору рискованного страхования жизни/договору добровольного страхования от несчастных случаев при заключении договора страхования. При этом выдачей Полисных условий и Памятки по договору рискованного страхования жизни/договору добровольного страхования от несчастных случаев считается ознакомление с указанными документами на официальном сайте Страховщика по ссылке, указанной в договоре страхования (страховом Полисе);

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

8.4.4. 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 устанавливается исходя из указанной в договоре страхования страховой суммы по соответствующему страховому риску, а также с учетом лимита ответственности Страховщика по нескольким страховым случаям.

9.2. При наступлении страхового случая по страховому риску Смерть НС страховая выплата производится в размере 100% страховой суммы, указанной в договоре страхования по данному риску.

9.3. При наступлении страхового случая по страховому риску Инвалидность НС страховая выплата определяется в процентах от страховой суммы по данному риску согласно «Таблице страховых выплат при установлении инвалидности» (Приложение № 1 к настоящим Полисным условиям).

Страховая выплата по страховому риску Инвалидность НС производится за вычетом всех страховых выплат, ранее произведенных Страховщиком несчастному случаю, в соответствии с которым Застрахованному установлена 1 или 2 группа инвалидности.

9.4. При наступлении страхового случая по страховому риску переломы, переломов страховая выплата производится в процентах от страховой суммы по данному риску, предусмотренных Таблицей страховых выплат по риску «Переломы в результате несчастного случая» (Приложение № 2 к настоящим Полисным условиям).

9.5. При наступлении страхового случая по страховому риску госпитализации Застрахованного в результате НС страховая выплата производится за каждый день пребывания в стационаре и составляет 1% от страховой суммы по данному риску. При этом применяется безусловная (вычитаемая) франшиза: в расчет страховой выплаты не принимаются первые 7 календарных дней госпитализации Застрахованного. Настоящим страхованием покрывается не более 30 календарных дней госпитализации Застрахованного.

9.6. При наступлении страхового случая по страховому риску переломов Застрахованного ребенка страховая выплата производится в процентах от страховой суммы по данному риску, предусмотренных Таблицей страховых выплат по риску «Переломы в результате несчастного случая» (Приложение № 2 к настоящим Полисным условиям).

9.7. При наступлении страхового случая по страховому риску госпитализации Застрахованного ребенка в результате НС страховая выплата производится за каждый день пребывания в стационаре и составляет 1% от страховой суммы по данному риску. При этом применяется безусловная (вычитаемая) франшиза: в расчет страховой выплаты не принимаются первые 7 календарных дней госпитализации Застрахованного ребенка. Настоящим страхованием покрывается не более 30 календарных дней госпитализации Застрахованного ребенка.

9.8. При наступлении страхового случая по страховому риску ожогов Застрахованного ребенка страховая выплата производится в процентах от страховой суммы по данному риску, предусмотренных Таблицей страховых выплат при ожогах (Приложение № 3 к настоящим Полисным условиям).

9.9. При наступлении страхового случая по страховому риску клещевого энцефалита/Лайм-боррелиоза страховая выплата производится в процентах от страховой суммы по данному риску, предусмотренных Таблицей страховых выплат при установлении диагноза клещевого энцефалита / Лайм-боррелиоза (Приложение № 4 к настоящим Полисным условиям).

9.10. При наступлении страхового случая по программе страхования «Доктор плюс» (Приложение № 5 к настоящим Полисным условиям), страховая выплата осуществляется Страховщиком путем оплаты стоимости оказанных Застрахованному в соответствии с Программой услуг в соответствии со счетами, полученными Страховщиком от Сервисных компаний / учреждений, оказавших указанные услуги. Общий размер страховых выплат по программе страхования «Доктор плюс», не может быть больше размера страховой суммы, указанной для данной программы в договоре страхования.

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.

10.2. Все документы, предоставляемые Выгодоприобретателем, Застрахованным (законным представителем Застрахованного) должны быть представлены в виде оригиналов, либо копий, заверенных компетентными органами в установленном законодательством РФ порядке.

10.3. Страховщик имеет право увеличить сроки рассмотрения по фактам, связанным с наступлением страхового случая, если возбуждено уголовное дело. Вопрос о страховой выплате решается после получения Страховщиком от органов следствия справки либо заверенной копии постановления о прекращении или приостановлении производства по уголовному делу или иной результирующей документ.

10.4. При заявлении Страховщику требования о страховой выплате в связи с наступлением соответствующего страхового случая по страховому риску Смерть НС, Выгодоприобретатель обязан предоставить следующие документы:

10.4.1. заявление на страховую выплату установленной Страховщиком формы, с указанием полных банковских реквизитов Выгодоприобретателя;

10.4.2. копия документа, удостоверяющего личность получателя страховой выплаты;

10.4.3. копия договора страхования (Полиса) и всех дополнительных соглашений к нему;

10.4.4. копию акта судебно-медицинского исследования/ Акт судебно-медицинского обследования/заключение эксперта/акта патологоанатомического исследования, заверенные учреждением его выдавшим;

10.4.5. заверенные надлежащим образом копии постановлений о возбуждении уголовного дела, об отказе в возбуждении уголовного дела, о прекращении уголовного дела, приостановлении предварительного следствия по делу, документы из правоохранительных органов, копию решения/постановления/приговор/определение суда, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1;

10.4.6. заверенные надлежащим образом копии карт стационарного больного, заверенные надлежащим образом копии историй болезни, выписные, переводные, посмертные эпикризы, заверенные надлежащим образом копии карт амбулаторного больного,

10.4.7. нотариально заверенная копия свидетельства о смерти Застрахованного;

10.4.8. оригинал справки о смерти с указанием причины смерти/медицинское свидетельство о смерти или его копию, заверенную учреждением, выдавшим документ;

10.4.9. нотариально заверенная копия свидетельства о праве на наследство;

10.5. При заявлении Страховщику требования о страховой выплате в связи с наступлением соответствующего страхового случая по страховому риску Инвалидность НС, Застрахованный обязан предоставить следующие документы:

10.5.1. заявление на страховую выплату, установленной Страховщиком формы, с указанием полных банковских реквизитов Выгодоприобретателя;

10.5.2. копия документа, удостоверяющего личность получателя страховой выплаты;

10.5.3. копия договора страхования (Полиса);

10.5.4. заверенная выдавшим учреждением копия справки органа МСЭ (медико-социальная экспертиза), выданная бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ),

10.5.5. заверенная выдавшим учреждением копия направления на медико-социальную экспертизу;

10.5.6. акт освидетельствования в МСЭ;

10.5.7. заверенные лечебным учреждением копии карт амбулаторного больного/или заверенные лечебным учреждением копии выписок из амбулаторных карт;

10.5.8. заверенные лечебным учреждением копии карт стационарного больного/ заверенные лечебным учреждением копии истории болезни/ или заверенные лечебным учреждением копии выписных/переводных/посмертных эпикризов;

10.5.9. Акт о несчастном случае на производстве (форма Н1) и заверенная выдавшим учреждением копия медицинского заключения о характере и степени тяжести производственной травмы, если страховой риск реализовался в результате несчастного случая на производстве;

10.5.10. заверенные надлежащим образом копии постановлений о возбуждении уголовного дела, об отказе в возбуждении уголовного дела, о прекращении уголовного дела, приостановлении предварительного следствия по делу, документы из правоохранительных органов, копию решения/постановления/приговор/определение суда, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1, извещение о ДТП;

10.5.11. если Застрахованный являлся пассажиром транспортного средства или пешеходом, необходимо предоставить постановление об административном правонарушении (или иной документ, где Застрахованный указан как пассажир или пешеход, пострадавший в ДТП);

10.5.12. в случае травмы водителя в дорожно-транспортном происшествии - заверенные выдавшим учреждением или следственными органами результаты исследования на содержание в крови и других биологических жидкостях алкоголя и/или наркотических, токсических веществ, а также копия водительского удостоверения, извещение о ДТП.

10.6. При заявлении Страховщику требования о страховой выплате в связи с реализацией соответствующего страхового случая, указанного в п. 3.1.2, 3.1.4. – 3.1.6 и п. 3.2. настоящих Полисных условий, Застрахованный (Выгодоприобретатель) обязан предоставить следующие документы (в зависимости от реализовавшегося риска):

10.6.1. заявление на страховую выплату, установленной Страховщиком формы, с указанием полных банковских реквизитов Выгодоприобретателя;

10.6.2. копия документа, удостоверяющего личность получателя страховой выплаты;

10.6.3. копия договора страхования (Полиса);

10.6.4. копии закрытых листков нетрудоспособности (для Застрахованных) за весь период временной нетрудоспособности (если не оформлялись – в заявлении указать причину);

10.6.5. оригиналы или заверенные медицинским учреждением документы - 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 и степень ущерба для здоровья Застрахованного;

10.6.6. диагноз клещевого энцефалита или лайм-боррелиоза должен быть установлен врачом-специалистом (инфекционистом) в специализированном лечебном учреждении и подтвержден результатами серологических исследований.

10.6.7. Акт о несчастном случае на производстве (форма Н1) и заверенная выдавшим учреждением копия медицинского заключения о характере и степени тяжести производственной травмы, если страховой риск реализовался в результате несчастного случая на производстве;

10.6.8. заверенные надлежащим образом копии постановлений о возбуждении уголовного дела, об отказе в возбуждении уголовного дела, о прекращении уголовного дела, приостановлении предварительного следствия по делу, документы из правоохранительных органов, копию решения/постановления/приговор/определение суда, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1, извещение о ДТП;

10.6.9. если Застрахованный являлся пассажиром транспортного средства или пешеходом, необходимо предоставить постановление об административном правонарушении (или иной документ, где Застрахованный указан как пассажир или пешеход, пострадавший в ДТП).

10.6.10. в случае травмы водителя в дорожно-транспортном происшествии - заверенные выдавшим учреждением или следственными органами результаты исследования на содержание в крови и других биологических жидкостях алкоголя и/или наркотических, токсических веществ, а также копию водительского удостоверения.

10.6.11. копии документов, подтверждающие права Выгодоприобретателя как законного представителя Застрахованного-ребенка.

10.7. При предоставлении Страховщику документов для получения страховой выплаты по событию, произошедшему с супругом/супругой Страхователя Застрахованный (Выгодоприобретатель) обязан предоставить Свидетельство о браке.

10.8. При предоставлении Страховщику документов для получения страховой выплаты по событию, произошедшему с Застрахованным ребенком Страхователя Выгодоприобретатель обязан предоставить документы, подтверждающие родство с Застрахованным или права опеки/попечительства в отношении Застрахованного, а также документы, подтверждающие личность Застрахованного ребенка и Выгодоприобретателя

10.9. 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.

10.10. 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.

10.9. 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 случаем, а также организовывать за свой счет проведение независимых экспертиз.

10.10. В случае выявления факта предоставления Страховщику комплекта документов не в полном объеме, предоставления Страховщику ненадлежащим образом оформленных документов, предусмотренных Разделом 10 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.

10.11. В течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения документов, указанных в Разделе 10 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 извещает 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 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 Разделе 10 настоящих Полисных условий, при условии достаточности полученных документов для принятия решения.

10.12. При принятии Страховщиком положительного решения о страховой выплате по страховому случаю, страховая выплата осуществляется в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты составления страхового акта путем перечисления денежных средств на банковский счет получателя. Днем выплаты считается день списания денежных средств с расчетного счета Страховщика.

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.

10.13. Порядок получения медицинских услуг по программе страхования «Доктор плюс», изложен в Приложении № 5 к настоящим Полисным условиям.

11. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

11.1. Действие договора страхования прекращается:

11.1.1. в случае истечения срока действия договора;

11.1.2. в случае выполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме;

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

11.1.4. в случае неоплаты Страхователем очередного страхового взноса, предусмотренного договором страхования;

11.1.5. 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;

11.1.6. в иных случаях, предусмотренных настоящими Полисными условиями, договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

11.2. Договор страхования может быть расторгнут в одностороннем порядке:

11.2.1. По инициативе (требованию) Страховщика:

11.2.2. на основании п. 8.3.3. настоящих Полисных условий;

11.2.3. По инициативе (требованию) Страхователя.

11.2.4. При этом досрочное расторжение договора страхования производится на основании письменного заявления Страхователя с приложением оригинала договора страхования, документа, удостоверяющего личность. 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 страхования 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. 5.6. настоящих Полисных условий, Страхователю возвращается оплаченная страховая премия.

11.6. Если договор страхования аннулируется в соответствии с п.6.3. настоящих Полисных условий, то оплаченная страховая премия возвращается Страховщиком Страхователю 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 фактически уплаченные денежные средства в качестве страховой премии (страхового взноса) подлежат возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

12. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

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

12.2. Споры, вытекающие из договоров страхования, заключенных на основе настоящих Полисных условий, 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.

Приложение № 1 к Полисным условиям по комплексной программе страхования «Семья под защитой», утвержденным приказом от 06.04.2020 № 200406-01-од

ТАБЛИЦА
страховых выплат при установлении инвалидности НС

| | Установленная группа инвалидности | % |
|---|--|----------|
| 1 | I-я группа | 100 |
| 2 | II-я группа | 75 |

Примечание: Страховая выплата в связи с установлением Застрахованному инвалидности производится за вычетом страховых выплат, ранее уже произведенных Страховщиком по этому же несчастному случаю.

**ТАБЛИЦА СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ
ПО РИСКУ «ПЕРЕЛОМЫ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ»**

| Характер повреждения | Размер страховой выплаты (% от страховой суммы) |
|---|--|
| 1. Переломы костей таза (кроме копчика и крестца): а) множественные открытые переломы костей таза (открытые переломы двух костей и более) б) открытый перелом одной кости таза в) множественные закрытые переломы костей таза (перелом двух костей и более) г) закрытый перелом одной кости таза | 100 50 30 20 |
| 2. Перелом бедренной или пяточной кости: а) закрытый перелом бедренной кости б) открытый перелом бедренной кости в) любой перелом пяточной кости | 40 50 5 |
| 3. Перелом кости голени/ключицы/ лодыжки/ плечевой кости или кости предплечья (исключая перелом лучевой кости в типичном месте): а) множественные закрытые переломы (перелом двух костей и более из перечисленных в п.3) б) множественные открытые переломы (перелом двух костей и более из перечисленных в п.3) в) перелом одной кости из перечисленных костей в п.3. | 30 40 20 |
| 4. Переломы нижней челюсти: а) двойной закрытый перелом нижней челюсти б) открытый перелом нижней челюсти в независимости от количества переломов в) перелом нижней челюсти в трех местах и более | 20 30 16 |
| 5. Перелом лопатки/надколенника/ грудины/ костей кисти (кроме пальцев и костей запястья), костей стопы (кроме пальцев и пяточных костей): а) один перелом одной из костей, перечисленных в п.5 б) множественные переломы костей (двух и более), перечисленных в п.5 | 10 20 |
| 6. Перелом лучевой кости я в «типичном» месте (дистальный метаэпифиз): а) открытый перелом б) закрытый перелом | 20 10 |
| 7. Переломы позвоночного столба (все позвонки, кроме копчика): а) перелом тела одного позвонка б) переломы (два и более) остистых и/или поперечных отростков в) множественные переломы тел позвонков (два и более) | 10 10 20 |
| 8. Переломы одного или нескольких ребер, скуловой кости, копчика, верхней челюсти, костей носа, пальцев ног и рук: а) множественные переломы ребер (переломы трех и более ребер), повлекшие за собой дренирование плевральной полости на стороне переломов б) перелом трех и более ребер в) перелом двух ребер г) перелом одного ребра д) любой перелом костей носа ж) любой перелом скуловой кости з) перелом любого одного пальца вне зависимости от количества сломанных фаланг и) переломы двух пальцев и более к) любой/любые перелом/переломы верхней челюсти по ФОР 2 или ФОР 3 | 16 14 8 4 1 1 1 3 20 |

| | |
|--|----|
| 9. Перелом костей черепа (исключая скуловую кость, верхнюю и нижнюю челюсть, а также нос и зубы) | |
| Перелом одной кости свода черепа | 20 |
| Множественные переломы костей свода черепа (две и более кости) | 50 |
| Перелом одной кости основания черепа | 25 |
| Множественные переломы костей основания черепа (две и более) | 50 |

Приложение № 3 к Полисным условиям по комплексной программе страхования «Семья под защитой», утвержденным приказом от 06.04.2020 № 200406-01-од

ТАБЛИЦА
страховых выплат при ожогах*

| Характер повреждения | Размер страховой выплаты (% от страховой суммы) |
|--|--|
| Ожоги II или выше степеней (30% и более поверхности тела) | 100 |
| Ожоги II или выше степеней (20% и более поверхности тела, но менее 30%) | 60 |
| Ожоги II или выше степеней (10 % и более поверхности тела, но менее 20%) | 15 |
| Ожоги II или выше степеней (5% и более поверхности тела, но менее 10%) | 5 |

*При расчете размера страховой выплаты, при отсутствии в медицинской документации точного определения размера пораженного участка тела применительно к конкретной степени ожогового поражения, Страховщик оставляет за собой право произвести расчет суммы страховой выплаты, путем вычисления среднего процентного значения из общей суммы размеров выплаты в % по каждой диагностированной степени тяжести.

Приложение № 4 к Полисным условиям по комплексной программе страхования «Семья под защитой», утвержденным приказом от 06.04.2020 № 200406-01-од

ТАБЛИЦА
страховых выплат при установлении диагноза клещевого энцефалита / Лайм-боррелиоза

| | Диагностированное заболевание | % |
|---|--|----------|
| 1 | Клещевой энцефалит | 50 |
| 2 | Лайм-боррелиоз (болезнь Лайма, иксодовый клещевой боррелиоз) | 40 |

Программа страхования «Доктор плюс»

Предусмотренные настоящей Программой дистанционные (телемедицинские) консультации проводятся с использованием сервиса, представляющего собой программно-аппаратный комплекс по предоставлению канала связи между Застрахованным и Медицинскими организациями с целью оказания последними медицинских услуг в режиме реального времени (онлайн).

1.1. ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ

1.1.1. Телемедицинские услуги:

Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации с использованием сервиса «Доктис», проводимые врачами-консультантами Медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, перечень которых опубликован в мобильном приложении «Доктис», а именно:

- срочные консультации дежурным врачом-терапевтом, находящимся в данный момент в системе онлайн (в течение 3 (трёх) минут после запроса);
- онлайн-консультации с врачами-консультантами профильных специальностей;
- предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн-консультации.

1.2. ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ПРЕДУСМОТРЕННЫХ НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММОЙ

1.2.1. Обеспечиваемые настоящей Программой страхования услуги (далее – «Услуги») заключаются в предоставлении Застрахованным Врачами медицинских консультаций 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.

1.2.2. 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.

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

1.2.4. 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.

1.2.5. Застрахованный, прежде чем заказать оказание Услуг, предусмотренных 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 и номер мобильного телефона, который будет использоваться для регистрации в мобильном приложении «Доктис».

1.2.6. Правила регистрации в интерактивной веб-платформе:

1.2.6.1. 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 видеочкамаера 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 установки мобильного приложения, для устройств на системе Android - не ниже 5.1.

1.2.7. Консультация с Врачом.

Для получения предусмотренных настоящей Программой Услуг необходимо выполнить следующие действия:

1.2.7.1. 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.

1.2.7.2. Для получения 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 дождаться, когда дежурный Врач терапевт свяжется с Застрахованным – свободный дежурный Врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), свяжется с Застрахованным с использованием Сервиса.

1.2.7.3. Для получения консультации врача-консультанта профильных специальностей, 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.).

1.2.7.4. 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.

1.2.7.5. 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.

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

1.2.7.7. 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.

1.2.8. 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.

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

1.2.10. 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.

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