

ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ КОМПЛЕКСНОГО СТРАХОВАНИЯ ПО ПРОГРАММЕ «ДОКТОР ОНЛАЙН»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. В соответствии с Комплексными правилами страхования «Доктор онлайн», настоящими Полисными условиями комплексного страхования по программе «Доктор ОНЛАЙН» (далее — «Полисные условия») и действующим законодательством Российской Федерации Страховщик заключает Договоры страхования «Доктор ОНЛАЙН» (далее по тексту «Договор», «Договор страхования») с дееспособными физическими лицами, именуемыми в дальнейшем Страхователями.

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

1.3. **Аннулирование договора страхования** — отказ Страхователя от Договора страхования в соответствии с п.7.4 настоящих Полисных условий с возвратом уплаченной страховой премии в полном объеме Страхователю.

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

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

1.6. **Дата выдачи Полиса** — дата подписания Страховщиком Договора страхования, указанная в Полисе.

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

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

1.9. **Личный кабинет** — информационный ресурс, размещенный на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (www.renlife.com)

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

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

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

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

1.14. **Несчастный случай** — внезапное, внешнее, кратковременное (до нескольких часов), фактически происшедшее под воздей-

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.26. **Страховые выплаты** — выплаты, производимые при наступлении страхового случая Застрахованному, Выгодоприобре-

тателю или законному наследнику Застрахованного. Страховые выплаты производятся независимо от сумм, причитающихся по другим Договорам страхования, а также по социальному страхованию, социальному обеспечению и в порядке возмещения вреда.

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

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

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектами страхования являются:

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

– имущественные интересы Застрахованного, связанные с наступлением определенных событий в жизни Застрахованного (страхование жизни).

3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховым случаем является свершившееся в период срока страхования событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату.

Страховыми случаями в соответствии с настоящими Полисными условиями являются:

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

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

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ

4.1. На страхование не принимаются:

4.1.1. лица младше 1 (одного) и старше 70 (семидесяти) полных лет на момент заключения Договора страхования;

4.1.2. лица, находящиеся под следствием или в местах лишения свободы;

4.1.3. по страховому риску, указанному в п. 3.1.2. настоящих Полисных условий, — инвалиды 1-й или 2-й группы.

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 обстоятельства, перечисленные в п.4.1 настоящих Полисных условий, и эти обстоятельства были выявлены после вступления Договора страхования в силу, то Страховщик вправе требовать признания такого Договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных действующим законодательством РФ. Не являются страховыми случаями события, произошедшие с вышеуказанными лицами, и, соответственно, Страховщик не будет производить страховые выплаты по указанным событиям.

4.3. Не являются страховыми случаями, в дополнение к исключениям, предусмотренным Разделом 4.1 настоящих Полисных условий, события, если иное не предусмотрено Договором страхования или Программой, произошедшие:

4.3.1. для страхового риска, указанного в п. 3.1.1 настоящих Полисных условий — в результате умышленного причинения Застрахованным себе телесных повреждений, суицидальных попыток;

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

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

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

4.3.5. по Договорам страхования, по которым после их заключения

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

4.3.6. в результате предшествовавших состояний или их последствий;

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

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

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

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

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

5.1. Страховой суммой является определенная в Договоре страхования денежная сумма, исходя из которой устанавливается размер страховой премии и максимальные размеры страховых выплат при наступлении страхового случая.

5.2. Размер страховой суммы указывается в Договоре страхования.

5.3. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные Договором страхования.

Страховая премия рассчитывается Страховщиком исходя из страховой суммы в соответствии с утвержденными тарифами Страховщика, определяющими величину страховой премии, взимаемую с единицы страховой суммы, и рассчитанными Страховщиком с учетом объекта страхования, характера страхового риска, состояния здоровья Застрахованного.

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

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

5.6. Датой оплаты страховой премии считается:

– при наличной оплате — дата оплаты страховой премии (страхового взноса) представителю Страховщика;

– при безналичном порядке — дата поступления страховой премии (страхового взноса) на расчетный счет Страховщика.

5.7. Если Страхователь не оплатил очередной страховой взнос (не первый) либо оплатил в меньшем предусмотренном Договором размере, Договор страхования прекращает свое действие. При этом каких-либо письменных уведомлений Страхователя о прекращении действия Договора страхования не требуется. После прекращения действия Договора страхования, в случае оплаты Страхователем страхового взноса в размере, указанном в Договоре страхования, в течение 30-ти календарных дней с даты, в которую он должен был быть оплачен (льготный период), Страховщик имеет право восстановить действие Договора страхования, при этом срок страхования по страховым рискам/программам, предусмотренным Договором страхования, восстанавливается со дня, следующего за днем оплаты просроченного страхового взноса.

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается путем вручения Страховщиком страхового полиса Страхователю на основании его устного заявления. Страховой полис подписывается Страховщиком. Согласием Страхователя заключить Договор страхования на предложенных условиях является оплата страховой премии в порядке и сроки, указанные в Полисе.

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

6.2.1. В случае, если Страхователь — физическое лицо:

- ФИО;
 - дата рождения;
 - адрес фактического проживания;
 - номер контактного телефона;
- В случае, если Страхователь и/или Застрахованный — иностранные граждане или лица без гражданства, то дополнительно к вышеперечисленным документам:
- сведения о миграционной карте;

• сведения о документе, подтверждающем право на пребывание (проживание) в РФ.

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

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

6.4. Страховщик вправе отказать в заключении Договора страхования в случае, если страхуемое лицо на дату обращения о заключении Договора страхования страдало заболеванием, угрожающим его жизни и здоровью.

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

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

6.7. В случаях если согласно информации, размещаемой Страховщиком в личном кабинете на официальном сайте Страховщика, допускается предоставление Страхователем документов в электронном виде для внесения изменений в договоры страхования, Страхователь может представить Страховщику соответствующие заявление на внесение изменений в Договор страхования или заявления о досрочном прекращении Договора страхования в электронном виде. В этом случае, подписание документов простой электронной подписью Страхователем, а именно заявления на внесение изменений в Договор страхования, заявления о досрочном прекращении Договора страхования, а также дополнительных соглашений к Договору страхования, допускается с использованием личного кабинета на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». Подтверждение принятия указанных в настоящем пункте документов и дополнительных соглашений, подписанные усиленной квалифицированной подписью Страховщика, направляются Страхователю в личный кабинет или на адрес электронной почты, сообщенный Страхователем при заключении Договора страхования.

6.8. Корреспонденция в связи с Договором страхования направляется по адресам, которые указаны в Договоре, 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.

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

7.1. Срок действия Договора страхования указан в Договоре страхования.

7.2. Срок страхования начинается с 00:00 часов 15-го дня, следующего за днем оплаты страховой премии и заканчивается в момент окончания срока действия договора страхования.

7.3. В случае неуплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса) в установленный Договором страхования срок в полном объеме, Договор страхования считается незаключенным.

7.4. В Договоре страхования указывается срок, в течение которого Страхователь вправе отказаться от договора страхования (аннулировать договор страхования) с возвратом оплаченной страховой премии в полном объеме при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая. Желание Страхователя аннулировать Договор страхования должно быть подтверждено

письменным заявлением, подписанным Страхователем собственноручно и поданным в офис Страховщика или направленным в адрес Страховщика по адресу, указанному в Договоре страхования, средствами почтовой или курьерской связи. Продолжительность периода, в течение которого возможно аннулирование Договора страхования, указывается в Договоре страхования и не может быть менее периода, установленного действующим законодательством Российской Федерации.

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

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

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

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

8.4. Страховая выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком:

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

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

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

Представление указанных документов в электронной форме не допускается.

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

2-х печатей (штампов) медицинского учреждения.

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

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

8.9. В течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения документов, указанных в п. 8.5 настоящих Полисных условий, Страховщик:

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

- если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, либо устранения других обстоятельств, препятствовавших выплате, принимает решение об отсрочке страховой выплаты, о чем в срок 14 (четырнадцать) рабочих дней извещает Страхователя. Извещение об отсрочке страховой выплаты может быть осуществлено посредством смс-информирования, по электронной почте либо посредством телефонной связи;

- принимает решение об отказе в страховой выплате, о чем в последующие 14 (четырнадцать) рабочих дней письменно сообщает Застрахованному.

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

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

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

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

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

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

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

9.1.5. иные права, предусмотренные настоящими Полисными условиями.

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

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

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

9.2.3. не реже одного раза в год подтверждать соответствие идентификационных данных, предоставленных при заключении договорных отношений. При наличии обновленных данных незамедлительно сообщать Страховщику о данном факте, предоставив оригиналы документов или соответствующим образом заверенных копий. Также незамедлительно сообщать Страховщику об изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, в том числе, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска (изменение обстоятельств признается существенным, когда они измени-

лись настолько, что если бы стороны могли это разумно предвидеть, Договор страхования вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях); незамедлительно сообщать Страховщику об изменении фамилии или имени Застрахованного, изменении его адреса (в случае переезда), данных документа, удостоверяющего личность Застрахованного (в случае замены);

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

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

9.3. **Страховщик имеет право:**

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

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

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

9.3.4. отказать в страховой выплате в случаях:

- неисполнения Страхователем (Застрахованным) (его законным представителем — в случае, если Застрахованный является несовершеннолетним) обязанностей, предусмотренных п. 9.2 настоящих Полисных условий;

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

- недоказанности факта наступления страхового случая;

- в случаях, предусмотренных ст.964 ГК РФ;

- непризнания события страховым случаем в соответствии с разделом 4 настоящих Полисных условий.

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

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

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

9.3.7. отсрочить страховую выплату в случаях:

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

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

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

9.3.8. иные права, предусмотренные настоящими Полисными условиями.

9.4. **Страховщик обязан:**

9.4.1. выдать Страхователю настоящие Полисные условия;

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

9.4.3. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем, Застрахованным, кроме передачи необходимого объема

сведений в другую страховую компанию, Сервисную компанию или перестраховочную организацию, в случае передачи в перестрахование заключенного Договора страхования;

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

9.4.5. консультировать Страхователей, Застрахованных, а также лиц, желающих заключить Договор страхования, по вопросам, связанным с заключением Договоров страхования, разъяснять положения, содержащиеся в настоящих Полисных условиях и Договорах страхования;

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

10. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10.1. Действие Договора страхования прекращается:

10.1.1. в случае истечения срока действия Договора страхования;

10.1.2. в случае смерти Страхователя (физического лица), заключившего Договор о страховании третьего лица, ликвидации (реорганизации) Страхователя (юридического лица) в порядке, установленном действующим законодательством, если Застрахованный или иное лицо в соответствии с действующим законодательством не приняло на себя обязанности Страхователя по Договору страхования;

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

10.1.4. в случае если в указанный в Договоре страхования срок Страхователем не оплачен очередной страховой взнос в полном объеме.

10.2. Договор страхования может быть расторгнут в одностороннем порядке:

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

10.2.2. По инициативе (требованию) Страхователя.

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

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

10.3. В случае досрочного прекращения действия Договора стра-

хования в соответствии с п.10.1.3 настоящих Полисных условий Страхователю выплачивается часть страховой премии в размере доли последнего уплаченного страхового взноса, пропорционально неистекшей части оплаченного периода страхования.

10.4. Если Договор страхования аннулируется в соответствии с п. 7.4 настоящих Полисных условий, то оплаченная страховая премия возвращается Страховщиком в течение 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования. При этом Договор страхования аннулируется с даты заключения Договора страхования и уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

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

11. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН. ФОРС-МАЖОР

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

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

12. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

12.1. Все споры по Договору страхования между Сторонами при невозможности достижения взаимного согласия по их урегулированию путем переговоров, разрешаются в судебном порядке:

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

Страховщик

Генеральный директор
ООО «СК «Ренессанс Жизнь»

 / Киселев О.М.



ПРОГРАММА «ДОКТОР ОНЛАЙН»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

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

В Программе используются следующие понятия и термины:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. ПОРЯДОК ОБСЛУЖИВАНИЯ

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

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

2.3. Застрахованное лицо проходит идентификацию путем обращения по телефону 8-800-301-29-81.

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

2.4. Услуги оказываются только Застрахованным лицам.

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

2.6. Для получения предусмотренных настоящей Программой услуг Застрахованное лицо обязано обратиться в Сервисную компанию по телефону 8-800-301-29-81, для получения дистанционных экстренных консультаций, Письменной консультации «Второе мнение — Россия» также через Личный Сервисный кабинет на Сайте или через мобильное приложение.

2.7. При возникновении проблем с оказанием медицинских услуг, или претензий на организацию медицинской помощи, Застрахованному лицу необходимо обратиться в Сервисную компанию по телефонам 8-800-301-29-81.

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

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

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

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

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

2.13. Застрахованное лицо имеет право:

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

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

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

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

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

2.14. Застрахованный обязан:

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

2.14.2. Ознакомиться с Программой;

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

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

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

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

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

2.15. Сервисная компания в целях оказания Услуг имеет право:

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

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

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

3. ОПИСАНИЕ УСЛУГ

Описание Услуг, оказываемых по запросу Застрахованного лица, и

порядок их предоставления:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Время консультирования по одному вопросу не может превышать 30 минут.

3.2. Дистанционные экстренные консультации — устные консультации, выполняемые врачами по телефону, через видеосвязь и путем обмена сообщениями и файлами в Личном Сервисном кабинете круглосуточно семь дней в неделю по вопросам, связанным с состоянием здоровья, требующим немедленного реагирования. Круглосуточная экстренная устная консультация предоставляется 24 часа в сутки ежедневно. Дистанционная экстренная устная консультация может быть запрошена Застрахованным лицом по поводу событий, произошедших не ранее 2 часов до момента обращения.

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

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

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

Данный вид обслуживания по одному вопросу не может превы-

шать 30 минут.

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

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

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

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

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

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

4. ОБЪЕМ УСЛУГ ПО ПРОГРАММЕ

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

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

Страховщик

Генеральный директор
ООО «СК «Ренессанс Жизнь»

