

«РГС Телемедицина ЦДП»

СТРАХОВЩИК: ПАО СК «РОСГОССТРАХ» | Лицензия СЛ № 0001 | **ПОЛИС** | Серия 6180 | № 0000000 | от 15.09.2020 г.

Настоящий Полис выдан на основании устного заявления Страхователя и подтверждает факт заключения Договора страхования (далее – Договор) на условиях и в соответствии с Программой страхования «РГС Телемедицина ЦДП» (далее – Программа), являющейся неотъемлемой частью настоящего Договора страхования (Полиса). Программа разработана на основании Правил добровольного медицинского страхования граждан (типовых (единых)) №152 (далее – Правила страхования) в редакции, действующей на момент заключения Договора страхования. В случае, если Полис, Программа отличаются от Правил, применяются положения, изложенные в Полисе и (или) в Программе.

1. СТРАХОВАТЕЛЬ

он же Застрахованное лицо

ФИО _____

Дата рождения _____ г. _____ пол _____ м _____ ж _____ Телефон _____

Тип документа _____ Серия _____ Номер _____

Адрес электронной почты _____

Является ли Страхователь публичным должностным лицом, указанным в подпункте 1 пункта 1 ст. 7.3 Федерального закона №115-ФЗ от 07.08.2001 г., или родственником такого лица

Является *должность* Не является

2. ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО

ФИО _____

Дата рождения _____ г. _____ пол _____ м _____ ж _____ Телефон _____

3. УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

СТРАХОВЫЕ РИСКИ/СЛУЧАИ	Вариант программы (отметить нужное)	Страховая сумма (руб.) (агрегатная)	Страховая премия (руб.)	Срок страхования	Территория страхования
в соответствии с Программой	Вариант 1 <input type="checkbox"/>	-	-	1 мес.	Российская Федерация
	Вариант 2 <input checked="" type="checkbox"/>	30 000	199		

Страховая премия, подлежащая уплате, руб. _____ 199 (сто девяносто девять) рублей 00 копеек

4. ПОРЯДОК УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ

Единовременно, не позднее даты выдачи Полиса

Страховая премия уплачена _____ г. № документа об оплате _____

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ/СРОК СТРАХОВАНИЯ

с _____ г. по _____ г. обе даты включительно

Договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут 15-го дня с даты уплаты страховой премии при условии уплаты премии в полном объеме и действует в течение срока указанного в п.3. настоящего Полиса.

Страхование, обусловленное договором страхования, действует с даты вступления договора страхования в силу.

6. ДЕКЛАРАЦИЯ

Страхователь фактом принятия настоящего Полиса и уплаты страховой премии подтверждает, что:

- на момент заключения договора страхования он старше 18 лет;
- он уведомлен о том, что на страхование не принимаются лица:
 - возраст которых на момент заключения первоначального договора страхования 80 лет и более;
 - находящиеся в местах лишения свободы.
- Застрахованное лицо не подпадает под любую из категорий, указанных выше, и уведомлен о том, что если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных выше, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 ГК РФ.
- он ознакомлен с содержанием ст. 944 ГК РФ, понимает и согласен с тем, что ложные сведения, а также сокрытие фактов, касающихся нарушений здоровья Застрахованного лица, дают Страховщику право отказать в страховой выплате;
- с Полисом, Программой, Правилами ознакомлен и согласен, обязуется их соблюдать, по одному экземпляру каждого из документов получил;
- ему разъяснено его право отозвать своё согласие на обработку, использование, передачу перечисленных в настоящем Полисе страхования персональных данных посредством составления соответствующего письменного заявления, которое должно быть направлено в адрес ПАО СК «Росгосстрах»;
- сведения, изложенные в настоящем Полисе достоверны.

Страхователь фактом принятия настоящего Полиса и уплаты страховой премии также подтверждает согласие:

- в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в порядке, установленном Правилами Страховщику на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение) на использование, передачу, в том числе трансграничную, обезличивание, блокирование, уничтожение) в своих персональных данных и персональных данных, в том числе персональных данных специальной категории, лица, лица, которое указаны в качестве Застрахованного лица, в интересах которого он действует, и при этом гарантирует, что уполномочен данным лицом (является его законным представителем) на совершение вышеуказанных действий от их имени;
- на предоставление медицинскими организациями, страховыми организациями, Фондом обязательного медицинского страхования в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» по запросу Страховщика документов и заключений, связанных с наступлением страхового случая, содержащих персональные данные Застрахованного лица и сведения, составляющие врачебную тайну, включая сведения о факте обращения Застрахованного лица за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, о перечне медицинских организаций, в которые Застрахованное лицо обращалось за медицинской помощью, и иную информацию, необходимую для решения вопроса о страховой выплате. Страхователь подтверждает, что при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Застрахованное лицо, а в случае его смерти наследники обязуется предоставить письменное согласие Страховщику на предоставление документов, связанных с наступлением страхового случая, содержащих персональные данные Застрахованного лица и сведения, составляющие врачебную тайну;
- на получение смс-уведомлений Страховщика, связанных с обслуживанием Полиса, урегулированием убытков по заявленному страховому случаю, информации о завершении срока действия Полиса и иной информации, связанной с исполнением Полиса, на указанный в настоящем Полисе номер мобильного телефона;
- на использование Страховщиком факсимиле на Полисе.

Принимая настоящий Полис и уплачивая страховую премию, Страхователь обязуется предоставить Страховщику по его требованию в трехдневный срок согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных если у Страховщика возникнет обязанность предоставления третьим лицам доказательств получения согласия субъекта персональных данных на обработку его персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Настоящее согласие дается для исполнения Договора Страховщиком, в том числе урегулирования убытков по Договору, а также в целях проверки качества оказания страховых услуг.

Условия страхования, размеры страховой выплаты, порядок предоставления услуг - в соответствии с Программой.

СТРАХОВЩИК:

ПАО СК «Росгосстрах»
Адрес: 140002, Московская обл, г. Люберцы,
ул. Парковая, д.3.
Тел.: 8 (800) 200-0-900. www.rgs.ru

Генеральный директор
Гальперин Геннадий Аронович



Механическое воспроизведение подписи уполномоченных лиц со стороны Страховщика признается Сторонами аналогом собственноручной подписи уполномоченных лиц Страховщика. Изображение оттиска печати Страховщика, нанесенного на документ типографским или иным способом, является надлежащим реквизитом такого документа. Документы, содержащие механическое воспроизведение подписей уполномоченных лиц Страховщика и изображение оттиска печати Страховщика, имеют силу, аналогичную документам, собственноручно подписанным уполномоченными лицами Страховщика и имеющим оттиск печати Страховщика.

**ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ
«РГС Телемедицина ЦДП»**

Настоящая программа страхования (далее – Программа) разработана на основании Правил добровольного медицинского страхования граждан (типовых (единых)) №152, действующих на момент заключения договора страхования.

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

В рамках настоящей Программы при наступлении предусмотренного договором страхового случая Страховщик организует и оплачивает оказание Застрахованному лицу медицинских и (или) иных услуг в объеме, предусмотренном настоящей Программой.

Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора в медицинскую и (или) иную организацию, из числа предусмотренных настоящей Программой, для организации и оказания ему медицинских и (или) иных услуг, предусмотренных настоящей Программой.

Организацию информационно-консультационных, медицинских, включая телемедицинские, услуг осуществляет Общество с ограниченной ответственностью «НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДСЛУЖБА» (далее по тексту ООО «НМС») с применением цифровой медицинской платформы.

Цифровая медицинская платформа – программно-аппаратный комплекс, включающий в себя мобильное приложение на базе операционных систем iOS и Android, веб версию для доступа через браузер и телефонную связь. Цифровая медицинская платформа (далее – Платформа) позволяет получать информационно-консультационные, телемедицинские услуги и осуществлять организацию медицинских услуг любым удобным Застрахованному лицу способом: аудио, видео, чат или телефонная связь. Платформа включает личный кабинет, содержащий медицинскую карту Застрахованного лица, календарь записи на медицинские консультации, каталог врачей, историю обращений Застрахованного лица, имеет функцию загрузки и хранения файлов с результатами анализов и назначениями, а также содержит информацию о Программе Застрахованного лица. История всех взаимодействий Застрахованного лица с медицинскими организациями в рамках Программы хранится в личном кабинете Застрахованного лица на Платформе.

Выбор медицинской организации для оказания медицинских услуг в рамках Программы осуществляется Страховщиком или ООО «НМС» из числа медицинских организаций, с которыми у них заключены соответствующие договоры.

По настоящей программе могут быть застрахованы лица в возрасте от 1 года до 80 лет.

II. ОБЪЕМ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЙ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ

Включенные опции	
2.1. Консультации с дежурными врачами – терапевтами (педиатрами) / врачами общей практики, в режиме 24/7/365	2 дистанционные консультации
2.2. Консультации с узкими врачами специалистами, по предварительной записи	1 дистанционная консультация
2.3. «Второе мнение» Заочная консультация Застрахованного лица ведущими врачами, практикующими в медицинских организациях, находящихся на территории Российской Федерации, по итогам рассмотрения и оценки первичной медицинской документации с выдачей врачебного заключения Организация получения независимого Второго мнения о поставленном диагнозе от врачей ведущих клиник России.	1 заключение
2.4. «Медсоветник» Консультации по телефону по вопросам, связанным с расстройством здоровья или состоянием Застрахованного, в ходе которых Застрахованному предоставляется информация: ✓ о наличии государственных и коммерческих медицинских организаций того или иного профиля в регионе/городе, в соответствии со спецификой заболевания; ✓ об адресах и режимах работы медицинских организаций, наличии специалистов и перечня оказываемых услуг; ✓ о вакцинации, в том числе, для поездки в другую страну; ✓ о порядке прохождения диспансеризации в рамках программы ОМС (объем обследований и периодичность в соответствии с годом рождения); ✓ о порядке плановой госпитализации в рамках программы ОМС по медицинским показаниям; ✓ о порядке получения санаторно-курортного обслуживания на льготной основе.	без ограничений
2.5. Срок действия договора страхования	1 месяц

III. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ

Страховая компания не организует и не оплачивает стоимость услуг:

3.1. Лица, не являющегося Застрахованным лицом по договору страхования, в том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом страховых документов другому лицу для получения таким лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой.

3.2. Лица, находящегося в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

3.3. Вне сроков действия договора страхования и периода страхования.

3.4. Не предусмотренных настоящей Программой.

3.5. По обследованию и лечению в медицинских организациях и проведению очных консультаций.

3.6. Не возмещаются Застрахованному лицу денежные средства, затраченные им на любые диагностические и лечебные мероприятия, очные консультации, а также другие расходы, включая стоимость предоставленных носителей информации, стоимость телефонных переговоров и т.д.

3.7. В случае экстренной ситуации, требующей вызова неотложных служб, консультации оказываются только в рамках информирования о порядке действий при экстренной ситуации, согласно законодательству РФ.

3.8. Перечень заболеваний, обслуживание по которым не входит в программу медицинского обслуживания: психические заболевания, алкоголизм, наркомания, токсикомания и их последствия; СПИД и болезни, вызванные вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ); острые и хронические лучевые поражения; туберкулез.

IV. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ ПО ПРОГРАММЕ

Порядок оказания информационно-консультационных и телемедицинских услуг

1 ЭТАП – АВТОРИЗАЦИЯ

Авторизация осуществляется:

- на веб-версии Платформы через браузер по адресу: rgs.medzdrav.ru
- в мобильном приложении **МедЗдрав** (доступно в AppStore и PlayMarket)

Авторизация может быть осуществлена:

- самостоятельно;
- с помощью Медконсультанта.

Для самостоятельной авторизации необходимо перейти в раздел «Медкарты» Платформы МедЗдрав, после чего на странице появится окно для ввода номера телефона. В открывшееся окно необходимо ввести номер мобильного телефона, указанный при покупке Программы страхования. Номер телефона является логином. На указанный номер телефона поступит смс с кодом, который необходимо ввести в предложенное окно ввода.

Для авторизации с помощью Медконсультанта необходимо на главной странице Платформы выбрать удобный способ связи: аудиосвязь, видеосвязь или чат и нажать на соответствующий значок.

После соединения с Медконсультантом для авторизации необходимо продиктовать номер мобильного телефона, указанный при покупке Программы страхования – это логин. И затем назвать код из поступившего на данный номер телефона смс.

2 ЭТАП – РЕГИСТРАЦИЯ

Регистрация на Платформе происходит автоматически, на основании информации о Застрахованных лицах, указанных при продаже страхового полиса, включая: номер полиса, дату начала действия договора страхования, ФИО, дату рождения и мобильный телефон, являющийся логином.

Если информация о номере мобильного телефона отсутствует, Медконсультант проведет идентификацию Застрахованного лица, запросив номер полиса, ФИО, дату рождения и номер мобильного телефона, и осуществит регистрацию.

Для завершения регистрации Медконсультант, при первом обращении, направит Застрахованному лицу с использованием Платформы (в приложении или на сайте) Согласие на обработку персональных данных. Получение услуг в рамках настоящей Программы возможно после подтверждения Застрахованным лицом Согласия на обработку персональных данных.

3 ЭТАП - ПОЛУЧЕНИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ:

Предоставление услуг в рамках Программы и доступ к Медкарте совершеннолетним Застрахованным лицам предоставляется лично.

Доступ к Медкарте и получению услуг в рамках Программы для несовершеннолетних Застрахованных лиц предоставляется их Представителю. Представителем является совершеннолетнее лицо, указавшее свой номер телефона в качестве контактного телефона несовершеннолетнего Застрахованного лица.

Получение информационно-консультационных услуг («Медсоветник»)

- Застрахованному лицу / Представителю необходимо авторизоваться на Платформе и на главной странице выбрать удобный способ связи: аудиосвязь, видеосвязь или чат и нажать на соответствующий значок;
- В процессе соединения с Медконсультантом, Застрахованное лицо / Представитель должно находиться в Интернете онлайн, не прерывать вызов;
- После соединения Медконсультант уточнит причину обращения и, исходя из запроса, проконсультирует Застрахованное лицо / Представителя.

В случае невозможности использования Платформы (отсутствует подключение к сети Интернет) для получения информационно-консультационных услуг Застрахованное лицо / Представитель связывается с Медконсультантом по телефону: 8 (800) 500-61-11¹.

Получение консультации дежурного врача (терапевта/педиатра):

- Застрахованному лицу / Представителю необходимо авторизоваться на Платформе и на главной странице выбрать удобный способ связи: аудиосвязь, видеосвязь или чат и нажать на соответствующий значок;
- В процессе соединения с Медконсультантом, Застрахованное лицо / Представитель должно находиться в Интернете онлайн, не прерывать вызов;
- После соединения Медконсультант уточнит причину обращения и, при определении необходимости срочной консультации с дежурным врачом², Медконсультант осуществит перевод Застрахованного лица / Представителя на дежурного врача;
- В процессе соединения с дежурным врачом, Застрахованное лицо / Представитель должно находиться в Интернете онлайн, не прерывать вызов;
- После соединения дежурный врач проконсультирует Застрахованное лицо / Представителя по вопросам здоровья;
- По окончании телемедицинской консультации, Застрахованное лицо / Представитель будет перенаправлено к Медконсультанту для уточнения потребности в организации услуг по результатам телемедицинской консультации.

В случае невозможности использования Платформы (отсутствует подключение к сети Интернет) для получения срочной консультации дежурного врача Застрахованное лицо / Представитель связывается с Медконсультантом по телефону: 8 (800) 500-61-11.

Получение консультации врача профильной специальности по предварительной записи:

- Застрахованному лицу / Представителю необходимо авторизоваться на Платформе и на главной странице выбрать удобный способ связи: аудиосвязь, видеосвязь или чат и нажать на соответствующий значок;
 - В процессе соединения с Медконсультантом, Застрахованное лицо / Представитель должно находиться в Интернете онлайн, не прерывать вызов;
 - После соединения Медконсультант уточнит причину обращения и, при определении необходимости консультации с врачом профильной специальности, Медконсультант уточнит удобные для Застрахованного лица / Представителя дату и время для записи и договорится о способе информирования Застрахованного лица / Представителя о дате и времени проведения консультации: в чате, аудио-/видеосвязь (при нахождении Застрахованного лица / Представителя на Платформе), звонком на номер мобильного телефона Застрахованного лица / Представителя;
 - После записи Медконсультант свяжется с Застрахованным лицом / Представителем согласованным способом и предоставит информацию о дате и времени проведения телемедицинской консультации;
 - За 10 (Десять) минут до назначенной консультации Застрахованному лицу / Представителю на мобильный телефон поступит напоминание в виде пуш-уведомления;
 - В назначенное для телемедицинской консультации время Застрахованному лицу / Представителю необходимо авторизоваться на Платформе и ожидать соединения с Медконсультантом (находиться в Интернете онлайн, не прерывать вызов);
 - После соединения Медконсультант осуществит перевод Застрахованного лица / Представителя на врача;
 - В процессе соединения с врачом, Застрахованное лицо / Представитель должно находиться в Интернете онлайн, не прерывать вызов;
 - После соединения врач проконсультирует Застрахованное лицо / Представителя по вопросам здоровья;
 - По окончании телемедицинской консультации, Застрахованное лицо / Представитель будет перенаправлено к Медконсультанту для уточнения потребности в организации услуг по результатам телемедицинской консультации;
- В случае невозможности использования Платформы (отсутствует подключение к сети Интернет) для получения срочной консультации врача Застрахованное лицо / Представитель связывается с Медконсультантом по телефону: 8 (800) 500-61-11.

Порядок оказания услуги Второе экспертное медицинское мнение.

- Для организации оказания услуги Застрахованному лицу необходимо авторизоваться на Платформе и загрузить в Личный кабинет Платформы скан-копии необходимых медицинских документов и соединиться с Медконсультантом удобным способом связи: аудиосвязь, видеосвязь или чат;
- В процессе соединения с Медконсультантом, Застрахованное лицо должно находиться в Интернете онлайн, не прерывать вызов;
- После соединения с Медконсультантом, Застрахованному лицу необходимо сообщить о желании воспользоваться Услугой;

В личный кабинет необходимо загрузить следующие документы в электронной форме:

- ✓ медицинскую документацию, относящуюся к заявленному диагнозу;
- ✓ результаты инструментальных и лабораторных исследований, записи проведенных исследований (КТ, МРТ и прочие).

Внимание! Услуга второго экспертного медицинского мнения оказывается при наличии в медицинской документации Застрахованного лица установленного диагноза из числа перечисленных в Программе.

– Медконсультант в течение 1 рабочего дня информирует Застрахованное лицо любым из доступных способов (аудиосвязь, видеосвязь или чат) о получении документов и принятии их к рассмотрению.

– Сроки предоставления Застрахованному лицу второго экспертного медицинского мнения составляют 14 (четырнадцать) рабочих дней с момента, когда от Застрахованного лица получена вся необходимая медицинская документация.

– По истечении указанного выше срока Застрахованному лицу в Личный кабинет Платформы загружается копия второго экспертного медицинского мнения и направляется пуш-уведомление о возможности с ним ознакомиться.

– Второе экспертное медицинское мнение содержит, в том числе, но не ограничиваясь, наименование медицинской организации, ФИО и должность специалиста, составившего второе экспертное медицинское мнение.

¹ При этом способе связи Застрахованное лицо может быть ограничено в возможностях использования всего объема предоставляемых услуг онлайн-сервиса.

В случае звонка с номера телефона, отличного от номера, указанного при авторизации, будет проведена дополнительная идентификация Застрахованного лица.

² Для возраста 1 – 17 лет – врач-педиатр, для возраста 18 и старше – врач-терапевт.

– Оригинал второго экспертного медицинского мнения хранится в ООО «НМС», которое организовало услугу второе экспертное медицинское мнение в медицинской организации, не более 1,5 лет с даты оказания услуги Застрахованному лицу. Для получения оригинала Застрахованное лицо обращается в ООО «НМС». Оригинал направляется Застрахованному лицу по почте заказным письмом или нарочно, либо иным способом, согласованным ООО «НМС» с Застрахованным лицом, за счет Застрахованного лица. При этом риск потери/порчи и прочие риски, возникший в период доставки оригинала экспертного заключения, несет Застрахованное лицо.

Технические требования к персональному компьютеру / мобильному телефону, необходимые для получения услуг по Программе страхования³:

Персональный компьютер:

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

Мобильный телефон:

- модель мобильного телефона Apple Iphone 5 (с системой не ниже IOS 9) и выше с работающей камерой, микрофоном и иными необходимыми функциями;
- мобильный телефон, работающий на системе Android 5.1 и выше;
- любой мобильный телефон, если Застрахованный будет обращаться для оказания услуг посредством аудиосвязи.
-

³ Перед телемедицинской консультацией рекомендуется проверить: компьютер с помощью раздела «Проверка связи»; в настройках мобильного телефона разрешения на доступ к камере и микрофону.

Застрахованное лицо самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им оборудования. Страховщик не несет ответственности за невозможность получения Застрахованным лицом консультации, возникшую из-за оборудования Застрахованного лица и несвоевременной регистрации.