

ПАМЯТКА ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ

по Программе страхования от несчастных случаев клиентов АО «Райффайзенбанк»

«САМОЕ ВАЖНОЕ УЛЬТРА»

с ежемесячной формой оплаты

(редакция от 01/10/2018 года)

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Добровольное групповое страхование от несчастных случаев и по дополнительной программе «Медицинский сервис» осуществляется в рамках Договора добровольного группового страхования от несчастных случаев (далее – Договор страхования), заключенного между АО «Райффайзенбанк» как страхователем (далее – Страхователь, Банк) и ООО «СК «Райффайзен Лайф» как страховщиком (далее – Страховщик). Страховщик может быть заменен Банком на другую страховую организацию.

Застрахованные Лица знакомятся с условиями Договора страхования в объеме настоящей Памятки.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Выгодоприобретатель – Застрахованное лицо, получающее страховую выплату по Программе страхования.

Программа страхования действует в пользу Застрахованного лица. В случае смерти Застрахованного лица, Выгодоприобретателями признаются его наследники в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, в этом случае Страховая сумма выплачивается таким Выгодоприобретателям пропорционально их долям наследования в наследуемом имуществе.

Застрахованные лица – физические лица, являющиеся клиентами АО «Райффайзенбанк» (далее – Клиент Банка), в возрасте от 18 полных лет и до 64 полных лет на момент начала срока действия Программы страхования и не более 65 полных лет на момент окончания срока действия Программы страхования, которые добровольно выполнили условия участия в соответствующей Программе страхования, выразили свое осознанное письменное волеизъявление быть Застрахованным лицом по Программе страхования и в отношении жизни и здоровья которых действует Программа страхования.

» **НЕ ПОДЛЕЖАТ СТРАХОВАНИЮ ЛИЦА**, возраст которых на момент подачи Заявления на включение в программу страхования составляет более 64 лет; лица, страдающие психическими заболеваниями и/или расстройствами; больные СПИДом или ВИЧ инфицированные; лица, занятые в следующих профессиях или осуществляющие следующую деятельность как на профессиональной или любительской основе, так и в качестве хобби: профессиональные ныряльщики, проводники в горах, альпинисты или участники альпинистских походов (восхождений, экспедиций), саперы, минеры, подрывники, телохранители, сотрудники охранных агентств, каскадеры, сотрудники милицейских (полицейских) подразделений, подразделений специального назначения, профессиональные спортсмены. Если будет установлено, что такие указанные выше лица были включены в Программу страхования или такими лицами была сокрыта или предоставлена заведомо ложная информация о состоянии своего здоровья, то действие Программы страхования в отношении данных лиц признается недействительным с момента их включения в Программу страхования.

Заявление на включение в Программу страхования – письменное заявление на включение в Программу страхования по форме Страхователя, которое Клиент Банка по собственному усмотрению подписывает и подает Страхователю при изъявлении желания (добровольного намерения) быть Застрахованным лицом по Договору страхования. Заявление на включение в Программу страхования оформляется Клиентом Банка в виде отдельного документа и подается Страхователю добровольно. Указанное заявление может по усмотрению Клиента Банка не заполняться и не подаваться.

Заявление на исключение из Списка застрахованных лиц – письменное заявление на исключение из Списка застрахованных лиц, составляемое и подаваемое Застрахованным лицом Страхователю по форме Страхователя. Такое заявление является основанием для исключения Застрахованного лица из Программы страхования и из Списка застрахованных лиц. Не позднее 3-х рабочих дней со дня подачи Застрахованным лицом указанного заявления действие Программы страхования в отношении такого Застрахованного лица прекращается.

Страховая сумма – денежная сумма, устанавливаемая Договором страхования по каждому Застрахованному лицу и отраженная в настоящей

Памятке, в пределах которой Страховщик обязуется производить страховые выплаты при наступлении Страхового случая.

Страховая выплата – выплата, осуществляемая Страховщиком Выгодоприобретателю при наступлении страхового события и признании его Страховым случаем в пределах соответствующей Страховой суммы.

Страховой случай – совершившееся событие, предусмотренное условиями Программы страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести Страховую выплату Выгодоприобретателю при условии, что указанное событие произошло в течение срока действия Программы страхования.

Программа страхования – программа страхования от несчастных случаев клиентов АО «Райффайзенбанк» «САМОЕ ВАЖНОЕ УЛЬТРА», участие в которой для Клиента Банка является добровольным и необязательным.

Полисные условия – Полисные условия страхования от несчастных случаев № 3 и Дополнительная программа страхования «Медицинский сервис», утвержденные Приказом Страховщика № 06-06/2016 от 18.07.2016 г., на основании которых заключен Договор страхования, в применимой редакции.

Плата за участие в Программе страхования – взимаемая Страхователем с Клиента Банка, подавшего Заявление на включение в Программу страхования, плата за оказание дополнительной услуги по его включению в Программу страхования. Не является страховой премией, уплачиваемой Страхователем Страховщику. Включает в себя компенсацию расходов Страхователя на оплату страховой премии (в размере 2350 рублей 00 копеек), а также плату за дополнительно оказываемые Страхователем Клиенту Банка услуги по Программе страхования, в частности, услуги по организации и администрированию Программы страхования, сбору, обработке и передаче сведений о Застрахованном лице Страховщику, информационной поддержке Застрахованного лица/законных наследников и представителей Застрахованного лица по Программе страхования, организации взаимодействия и документооборота между Застрахованным лицом/законными наследниками и представителями Застрахованного лица и Страховщиком при наступлении Страхового случая и прочие услуги.

» **ПЕРИОД НА ВОЗОБНОВЛЕНИЕ** – период, начинающийся с даты окончания действия Программы страхования в отношении Застрахованного лица и длящийся 90 (девяносто) календарных дней, в течение которого Застрахованному лицу предоставляется возможность уплатить Страхователю Плату за участие в Программе страхования и возобновить действие Программы страхования в отношении Застрахованного лица на аналогичный срок страхования (один календарный месяц). В течение Периода на возобновление действие Программы страхования в отношении Клиента Банка приостанавливается и возобновляется на аналогичный срок страхования (один календарный месяц) в день уплаты Застрахованным лицом Страхователю Платы за участие в Программе страхования. В случае, если день уплаты Платы за участие в Программе страхования со счета Клиента Банка приходится на воскресенье или официальный праздничный нерабочий день, то оплата производится на следующий рабочий день, и события, имеющие признаки Страхового случая и произошедшие в такое воскресенье или такой официальный праздничный нерабочий день, считаются произошедшими в период действия Программы страхования в отношении Клиента Банка.

Несчастный случай – внезапное кратковременное внешнее событие, повлекшее за собой телесное повреждение или смерть Застрахованного лица, причиной которого не являются заболевания или врачебные манипуляции, если такое событие произошло в период действия Программы страхования в отношении Клиента Банка независимо от воли Страхователя и (или) Застрахованного лица и (или) Выгодоприобретателя.

Дорожно-транспортное происшествие (ДТП) – событие, возникшее в процессе движения по дороге транспортного средства и с его участием, которое повлекло смерть либо причинение вреда здоровью Застрахованного лица.

Второе медицинское мнение (далее – «Второе медицинское мнение») – услуга, в рамках которой Застрахованному лицу предоставляется второе альтернативное медицинское мнение (заключение) по имеющейся

у Застрахованного лица проблеме со здоровьем (патологии) посредством индивидуального анализа всей необходимой медицинской документации квалифицированным специалистом в области здравоохранения, выбранным по усмотрению медицинского персонала Координационного Медицинского Центра.

Медицинское ориентирование (далее – «Медицинское ориентирование»), также именуемое «Медицинский консьерж» – услуга, в рамках которой Застрахованное лицо вправе обратиться в Координационный Медицинский Центр и получить ориентирование по вопросам медицинского характера, в том числе медицинские рекомендации, имена, адреса, номера телефонов и, если потребуется и будет такая возможность, приемные часы докторов, клиник, больниц, стоматологов и стоматологических клиник; по вопросам организации визита врача; информацию о наличии запрашиваемого лекарственного препарата и примерной его стоимости, а также адреса и телефоны аптек, в которых препарат есть в наличии.

Квалифицированные специалисты в области здравоохранения – специалисты с законченным и зарегистрированным высшим медицинским образованием, осуществляющие медицинскую деятельность индивидуально или в составе соответствующего Медицинского учреждения, оказывающие медицинские услуги «Медицинское ориентирование» и «Второе медицинское мнение» Застрахованным лицам в соответствии с Программой страхования.

Медицинские учреждения – сеть медицинских учреждений и квалифицированных специалистов в области здравоохранения и вспомогательных отраслях, сотрудничающих с Координационным Медицинским Центром для предоставления сервисных услуг «Медицинское ориентирование» и «Второе медицинское мнение» Застрахованным лицам в соответствии с Дополнительной программой страхования.

Координационный Медицинский Центр (далее также – «КМЦ») – юридическое лицо, находящееся в договорных отношениях со Страховщиком, и обладающее необходимой инфраструктурой, в частности, контакт-центром, имеющее специалистов, говорящих, в том числе, на русском языке,

специализированный медицинский департамент, а также договорные отношения с медицинскими учреждениями и (или) квалифицированными специалистами в области здравоохранения.

» **ПЕРИОД СВОБОДНОГО ОЗНАКОМЛЕНИЯ С УСЛОВИЯМИ СТРАХОВАНИЯ** – период, начинающийся с даты вступления в силу Договора страхования в отношении соответствующего Застрахованного лица (с даты подписания им Заявления на включение в Программу страхования), и длящийся 14 (четырнадцать) календарных дней с указанной даты, в течение которого Застрахованное лицо вправе отказаться от решения выступать Застрахованным лицом по Программе страхования и подать Заявление на исключение из списка Застрахованных лиц, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки Страхового случая. В указанном случае осуществляется возврат Застрахованному лицу ранее уплаченной Платы за участие в Программе страхования в полном объеме включая компенсацию расходов Банка на оплату Страховой премии и плату за дополнительно оказанные Банком услуги (которые указаны в определении термина «Плата за участие в страховании» выше) по выбору Застрахованного лица наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменно Заявления на исключение из Списка застрахованных лиц.

» УСЛОВИЯ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ

Клиент Банка становится Застрахованным лицом по Договору страхования, если Клиент Банка выразил своё добровольное согласие участвовать в Программе страхования и выступать Застрахованным лицом, подписав и подав Страхователю Заявление на включение в Программу страхования. Физическое лицо становится Застрахованным лицом с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем подписания и подачи Страхователю Заявления на включение в Программу страхования при условии внесения Платы за участие в Программе страхования. Плата за участие в программе Страхования определяется на основе Страховой суммы и страховых тарифов, применяемых Страховщиком, а также с учетом стоимости дополнительно оказываемых Страхователем Клиенту Банка услуг по Программе страхования.

Страховые риски	Страховая сумма, ₺	Плата за участие в Программе страхования, ₺
Смерть Застрахованного лица в результате Несчастного случая	1 500 000	
Постоянная частичная утрата трудоспособности Застрахованным лицом	1 500 000	
Обращение Застрахованного лица с целью получения услуги «Медицинское ориентирование»	Неограниченное количество обращений	890 в месяц
Обращение Застрахованного лица с целью получения услуги «Второе медицинское мнение»	Однократно в период действия Программы страхования по одному и тому же заболеванию, по которым у Застрахованного лица уже имеется первичное заключение врача, за исключением случаев, когда по заболеванию, в рамках которого уже была оказана указанная сервисная услуга, появились новые медицинские заключения, результаты анализов или иные новые данные, которые могут повлиять на результат оказания сервисной услуги	

Плата за участие в Программе страхования уплачивается Клиентом Банка Страхователю при подаче Заявления на участие в Программе страхования. В случае неуплаты Платы за участие в Программе страхования в указанный срок Программа страхования не вступает в силу в отношении Клиента Банка, и такой Клиент Банка не становится Застрахованным лицом и участником Программы страхования.

Участие в Программе страхования является добровольным. Застрахованное лицо вправе в любое время отказаться от участия в Программе страхования и выйти из неё, подав в Банк Заявление на исключение из Списка застрахованных лиц.

Программа страхования действует в отношении Застрахованного лица в течение срока страхования, указанного в Заявлении на включение в Программу страхования и равного 1 (Одному) календарному месяцу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем подписания и подачи Страхователю Заявления на включение в Программу страхования при условии внесения Платы за участие в Программе страхования. Её действие в отношении За-

страхованного лица прекращается в связи с истечением срока страхования (при неоплате платы за участие в Программе страхования) или может быть прекращено досрочно по одному из следующих оснований:

- исполнение Страховщиком своих обязательств в отношении Застрахованного лица в полном объеме;
- достижение Застрахованным лицом шестидесятипятилетнего возраста;
- подача Застрахованным лицом Страхователю Заявления на исключение из Списка застрахованных лиц;
- иные основания, предусмотренные Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

При отказе Застрахованного лица от участия в Программе страхования в Период свободного ознакомления с условиями страхования возврату подлежит 100% уплаченной Застрахованным лицом Платы за участие в Программе страхования.

Участие Застрахованного лица в Программе страхования автоматически воз-

обновляется на аналогичный срок страхования (один календарный месяц) при условии уплаты Застрахованным лицом Страхователю в течение Периода на возобновление Платы за участие в Программе страхования в размере, указанном в Заявлении на включение в Программу страхования.

мы страхования такое Застрахованное лицо обязано до истечения Периода на возобновление уплатить Страхователю Плату за участие в Программе страхования без дополнительного на то уведомления со стороны Страхователя, обеспечив на своем счете в Банке достаточное для списания Платы за участие в Программе страхования количество денежных средств.

Если Плата за участие в Программе страхования в указанном размере не будет уплачена до истечения Периода на возобновление, то действие Программы страхования в отношении Застрахованного лица прекращается автоматически, автоматическое возобновление на аналогичный срок страхования не происходит.

УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

» СТАТЬЯ 1 – СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

1.1. Страховыми случаями по Программе страхования являются:

1.1.1. Смерть Застрахованного лица в результате Несчастного случая в период действия в отношении Застрахованного лица Программы страхования, за исключением случаев, предусмотренных в разделе «Исключения из страхового покрытия».

1.1.2. Постоянная частичная утрата трудоспособности Застрахованным лицом в результате Несчастного случая, согласно Таблице размеров страховых выплат, за исключением случаев, предусмотренных в разделе «Исключения из страхового покрытия».

1.1.3. Обращение Застрахованного лица с целью получения услуги «Медицинское ориентирование» и/или услуги «Второе медицинское мнение».

» СТАТЬЯ 2 – ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

2.1. События, указанные в статье 1 настоящей памятки, не признаются страховыми случаями, если наступление таких событий:

2.1.1. связано с наличием у Застрахованного лица Заболеваний, относящихся к ВИЧ (Вирус Иммунодефицита Человека), и/или любой Болезнью, связанной с ВИЧ, включая СПИД (Синдром Приобретенного Иммунодефицита) и/или любой мутантной производной, вариациями или осложнениями данных Заболеваний, за исключением случаев заражения в медицинских или иных лечебных учреждениях в результате халатности или ошибки медицинского персонала и за исключением получения медицинских услуг Медицинское ориентирование, Медицинское ориентирование с заключением, Второе медицинское мнение;

2.1.2. вызвано употреблением Застрахованным лицом любых лекарств, медицинских препаратов или средств, не предписанных квалифицированным врачом;

2.1.3. произошло вследствие алкогольного опьянения или отравления Застрахованного лица, либо токсического или наркотического опьянения и/или отравления Застрахованного лица в результате потребления им наркотических, сильнодействующих и психотропных веществ без предписания врача;

2.1.4. вызвано употреблением Застрахованным лицом алкогольной или спиртосодержащей продукции, или наркотических веществ, за исключением медицинских препаратов, предписанных квалифицированным врачом;

2.1.5. связано с или вызвано управлением Застрахованным лицом транспортным средством любой категории, когда Застрахованное лицо не имело право управления таким транспортным средством (право управления подтверждается водительским удостоверением установленного образца), либо случаи, когда Застрахованное лицо управляло транспортным средством в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;

2.1.6. вызвано или связано с передачей Застрахованным лицом управления транспортным средством любой категории лицу, не имеющему право на управление таким транспортным средством (право управления подтверждается водительским удостоверением установленного образца) либо лицу, находившемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;

2.1.7. произошло вследствие использования летательных аппаратов, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо осуществляло перелет в качестве пассажира гражданской или военной авиации;

2.1.8. вызвано или связано с занятием Застрахованным лицом любым опасным видом спорта: авто- и мотоспорт, гонки на гидроциклах, парашютный спорт, дельтапланеризм, иные воздушные виды спорта, альпинизм, боевые единоборства, стрельба, бокс, конный спорт, подводное плавание, рафтинг, спелеология, охота, экстремальные виды спорта (например, зорбинг, ямакаси, внетрассовые горные лыжи/сноуборд и др.);

2.1.9. вызвано психическим заболеванием, любыми умственными или нервными расстройствами, включая депрессии любого рода и умопомешательством;

2.1.10. вызваны беременностью, абортom или их осложнениями;

2.1.11. вызвано необоснованным отказом Застрахованного лица от медицинского лечения, к которому имеются соответствующие предписания;

2.1.12. во время пребывания Застрахованного лица в местах лишения свободы или предварительного заключения;

2.1.13. произошло в результате любого (в том числе, но не исключая, умственного или физического) заболевания;

2.1.14. произошло по причинам, которые впервые проявились или начали действовать до подключения к Программе страхования;

2.1.15. наступило в результате занятий Застрахованным лицом профессиональным спортом, включая соревнования и тренировки.

2.2. Страховщик освобождается от обязанности произвести страховую выплату в случае, когда страховой случай наступил вследствие:

2.2.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

2.2.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

2.2.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;

2.2.4. совершения умышленных действий, Застрахованным лицом и (или) Выгодоприобретателем;

2.2.5. в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

» СТАТЬЯ 3 – УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

3.1. При возникновении события, обладающего признаками страхового случая, Застрахованное лицо или Выгодоприобретатель обязаны известить Страховщика в течение 30 (тридцати) дней с момента, как ему стало известно о наступлении этого страхового события, любым доступным ему способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения.

3.2. Для решения вопроса о признании страхового случая и страховой выплате Застрахованное лицо или Выгодоприобретатель обязан направить Страховщику письменное заявление на страховую выплату с указанием фамилии, имени и отчества лица, с которым произошел страховой случай, даты, места и обстоятельств наступления страхового случая с указанием всех необходимых реквизитов, а также представить следующие документы:

3.2.1. В случае смерти Застрахованного лица в результате несчастного случая:

1) копия паспорта или иного документа, удостоверяющего личность наследника Застрахованного лица;

2) свидетельство о праве на наследство, выданное нотариусом в связи со смертью Застрахованного лица (копия, заверенная нотариально) – для законного наследника Застрахованного лица;

3) официальное свидетельство о смерти (копия, заверенная нотариально);

4) справка о смерти (копия, заверенная нотариально);

5) официальные медицинские заключения, описывающие характер и степень всех повреждений и содержащие точный диагноз (медицинское свидетельство о смерти, справка МСЭ, посмертный эпикриз, акт судебно-медицинского исследования), выписки из истории болезни и выписки из медицинской документации (оригиналы либо копии, заверенные выдавшим учреждением);

6) копия постановления о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела, заверенная в установленном законом порядке (если применимо).

3.2.2. В случае смерти Застрахованного лица в результате ДТП – все документы из п. 3.2.1 настоящей памятки и:

1) копия протокола правоохранительных органов по факту несчастного случая (в предусмотренных законом случаях), копия справки из ГИБДД.

3.2.3. В случае постоянной частичной утраты трудоспособности Застрахованным лицом в результате несчастного случая:

1) копия паспорта или иного документа, удостоверяющего личность Клиента Банка;

2) нотариально заверенная копия справки об инвалидности и (или) нотариально заверенная копия заключения бюро медико-социальной экспертизы об установлении группы инвалидности;

3) выписка из акта освидетельствования бюро медико-социальной экспертизы о результатах обследования и установлении группы инвалидности (оригинал либо копия, заверенная выдавшим учреждением);

4) копия медицинского направления на проведение медико-социальной экспертизы, заверенная выдавшим учреждением;

5) официальные медицинские заключения и выписки из медицинской документации (выписка из истории болезни, эпикриз, медицинская карта) (оригиналы либо копии. Заверенные выдавшим учреждением);

б) индивидуальная программа реабилитации инвалида, выданная Бюро МСЭ (оригинал или его заверенная копия), копии истории болезни стационарного больного, заверенные выдавшим их учреждением, карта амбулаторного больного (оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением).

7) копия постановления о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела, заверенная в установленном законом порядке (если применимо).

3.2.4. В случае постоянной частичной утраты трудоспособности Застрахованным лицом в результате ДТП – все документы из п. 3.2.3 настоящей Памятки и:

1) копия протокола правоохранительных органов по факту Несчастного случая (в предусмотренных законом случаях), копия справки из ГИБДД.

3.3. В случае обнаружения сокрытия Застрахованным лицом существенных фактов, касающихся несчастного случая, указанных в Заявлении на включение в Программу страхования, действие Программы страхования в отношении такого Застрахованного лица будет считаться недействительным с момента его включения в Программу страхования. Страховщик освобождается от каких-либо обязательств по Программе страхования в отношении данного Застрахованного лица.

3.4. Страховая выплата производится в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты вынесения Страховщиком решения о признании Страхового случая и осуществления Страховой выплаты. Решение о признании Страхового случая и осуществлении Страховой выплаты Страховщик принимает в течение 30 (тридцати) рабочих дней с даты представления всех необходимых документов, предусмотренных договором страхования, что оформляется страховым актом.

3.5. Страховая выплата осуществляется Выгодоприобретателю в следующем размере:

3.5.1. Размер Страховой выплаты по риску Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая определяется как 100% (сто процентов) Страховой суммы, установленной для Застрахованного лица в соответствии с настоящей Памяткой.

3.5.2. Размер Страховой выплаты по риску Постоянная частичная утрата трудоспособности Застрахованным лицом в результате Несчастного случая определяется согласно проценту от Страховой суммы согласно Таблице №1 (Приложение № 1.1. к Полным условиям страхования от несчастных случаев №3), но не более 100% от страховой суммы. Таблица на сайте: <https://www.raiffeisen-life.ru>.

» СТАТЬЯ 4. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГИ «МЕДИЦИНСКОЕ ОРИЕНТИРОВАНИЕ» И УСЛУГИ «ВТОРОЕ МЕДИЦИНСКОЕ МНЕНИЕ»:

4.1. Сервисные услуги «Медицинское ориентирование» и «Второе медицинское мнение» (далее также – Сервисные услуги) оказываются Координационным Медицинским Центром.

4.1.1. С целью получения услуги «Медицинское ориентирование» Застрахованное лицо обращается в Координационный Медицинский Центр по номерам телефонов: **+7-495-665-05-65** или **8-800-775-25-88** или электронной почте: **medservice@ap-companies.com**.

4.1.2. Обращение Застрахованного лица с целью получения услуги «Второе медицинское мнение». Услуга «Второе медицинское мнение» оказывается по заболеваниям, по которым у Застрахованного лица уже имеется первичное заключение врача, в том числе, в отношении следующих заболеваний: онкологические заболевания, СПИД, цирроз печени, гепатит, инфаркт миокарда, инсульты, трансплантации органов, реплантация конечностей, синдромы и врожденные пороки развития, острая и хроническая почечная недостаточность. Персональное медицинское заключение с рекомендациями предоставляется Застрахованному лицу с переводом на русский язык и вручается Застрахованному лицу лично или с помощью современных средств связи (телефон, интернет). Застрахованное лицо обращается в Координационный Медицинский Центр по номеру телефон: **+7-495-665-05-65** или электронной почте: **medservice@ap-companies.com** и предоставляет копии всех имеющихся на руках медицинских документов: историю болезни, результаты обследования, заключения специалистов и иные имеющиеся документы. Если с точки зрения специалиста Координационного Медицинского Центра для оказания услуги «Второе медицинское мнение» необходимо проведение дополнительных исследований и диагностики, специалист рекомендует Застрахованному лицу их проведение и оказывает услугу только после получения результатов указанных дополнительных исследований и диагностики.

4.2. Страховщик не несет ответственности за какие-либо ошибки или упущения, допущенные Координационным Медицинским Центром и Медицинскими учреждениями при оказании Сервисных услуг.



ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ «МЕДИЦИНСКОЕ ОРИЕНТИРОВАНИЕ» И «ВТОРОЕ МЕДИЦИНСКОЕ МНЕНИЕ»

Если Вам понадобилась помощь в решении медицинских вопросов:

Обратитесь в Координационный Медицинский Центр по номерам телефонов:

+7-495-665-05-65 или **8-800-775-25-88** или по электронной почте: **medservice@ap-companies.com**



ЕСЛИ НАСТУПИЛ СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

1. Если с Вами произошел Несчастный случай, сообщите об этом Страховщику в течение 30 (тридцати) дней.

2. Направьте Страховщику письменное Заявление на Страховую выплату (бланк заявления размещен на сайте: <https://www.raiffeisen-life.ru>) с приложенными к нему документами, перечисленными в п. 3.2.1.-3.2.5. настоящей Памятки.

Место нахождения Страховщика: 115230, г. Москва, 1-й Нагатинский проезд, д. 10, стр.1.

Телефон: 8-800-700-28-25, 8-800-505-71-19

СТРАХОВЩИК:

Общество с ограниченной ответственностью
«Страховая компания Райффайзен Лайф»
(ООО «СК «Райффайзен Лайф»).

Лицензии на осуществление страхования СЛ № 4179 и СЖ № 4179,
выданы 11 августа 2015 г. (первоначальная лицензия от 03 июля 2009 г.).

Место нахождения: 115230, г. Москва, 1-й Нагатинский проезд, д. 10, стр.1.

СТРАХОВАТЕЛЬ:

Акционерное общество «Райффайзенбанк» (АО «Райффайзенбанк»).
Лицензия № 3292.

Место нахождения: 129090, г. Москва, ул. Троицкая, д. 17, стр. 1.