

**УСЛОВИЯ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ПО ПРОДУКТУ «МАРИЯ» (LM)**

**1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ**

1.1. Договор страхования по продукту «Мария» (далее – договор, договор страхования) заключается в соответствии с положениями Правил добровольного страхования жизни по продукту «Мария» ООО «ПФ Страхование жизни», утвержденных приказом № 217 от 31 декабря 2019 г. (далее Правила ДСЖ) и Правил добровольного медицинского страхования ООО «ПФ Страхование жизни», утвержденных приказом № 221 от 31 декабря 2019 г. (далее Правила ДМС, а совместно с Правилами ДСЖ – Правила). В случае расхождения между положениями настоящих Условий договора страхования по продукту «Мария» (далее – Условия) и Правил применяются положения Условий. Правила являются неотъемлемой частью договора страхования.

1.2. В Условиях используются следующие определения, введенные дополнительно к определениям, данным в Правилах:

1.2.1. **Возраст Застрахованного** рассчитывается как разница между календарным годом, по состоянию на который необходимо определить возраст, и годом рождения Застрахованного.

1.2.2. **Медицинская консультация** - устная или письменная медицинская консультация, носящая рекомендательный характер (без постановки диагноза), по вопросам здоровья Застрахованного дистанционно в режиме реального времени (онлайн). Медицинские консультации оказываются с использованием видеосвязи, аудиосвязи, путем обмена сообщениями и файлами, а также по телефону. Информация о медицинских организациях и врачах, предоставляющих медицинские консультации, их профессиональном образовании, квалификации и пр., размещены на сайте сервисной организации: [www.pediatr247.ru](http://www.pediatr247.ru) и [www.onlinedoctor.ru](http://www.onlinedoctor.ru).

1.2.3. **Сервисной организацией** по договору страхования выступает ООО «Мобильные медицинские технологии».

1.3. **Застрахованными** по договору являются: женщина в возрасте от 18 до 45 лет включительно, (далее также Застрахованная женщина), а также ее ребенок (дети), родившийся (родившиеся) у нее в течение действия договора страхования (далее также Застрахованный ребенок, Застрахованные дети).

**2. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ**

2.1. Страховые риски указываются в разделе «Программа страхования» страхового полиса и включают в себя следующие страховые риски:

2.1.1. в отношении Застрахованной женщины:

2.1.1.1. смерть Застрахованной женщины во время беременности или родов (в соответствии с п.3.1.2 Правил ДСЖ);

2.1.1.2. госпитализация Застрахованной женщины во время беременности (в соответствии с п.3.1.3 Правил ДСЖ);

2.1.1.3. реанимация Застрахованной женщины во время беременности или родов (в соответствии с п.3.1.4 Правил ДСЖ);

2.1.1.4. госпитализация Застрахованной женщины после родов (в соответствии с п.3.1.5 Правил ДСЖ);

2.1.1.5. обращение Застрахованного в течение срока действия договора в сервисную организацию за медицинской консультацией врача-специалиста (гинеколога, генетика) (далее страховой риск «консультация гинеколога, генетика» (в соответствии с п.4.1.2 Правил ДМС).

Страховым случаем по страховому риску «консультация гинеколога, генетика» является обращение Застрахованного в сервисную организацию в течение срока страхования за организацией медицинской консультации гинеколога или генетика, не более 4 (четырёх) консультаций в течение срока страхования.

2.1.2. в отношении Застрахованного ребенка (Застрахованных детей):

2.1.2.1. реанимация Застрахованного ребенка (Застрахованных детей) (в соответствии с п.3.1.6 Правил ДСЖ);

2.1.2.2. врожденные заболевания Застрахованного ребенка (Застрахованных детей) (в соответствии с п.3.1.6 Правил ДСЖ);

2.1.2.3. обращение Застрахованного в течение срока действия договора в сервисную организацию за медицинской консультацией специалиста (педиатра) (далее страховой риск «консультация педиатра») (в соответствии с п.4.1.2 Правил ДМС).

Страховым случаем по страховому риску «консультация педиатра» является обращение Застрахованного в сервисную организацию в течение срока страхования за организацией медицинской консультации педиатра.

2.2. Не являются страховыми случаями события, перечисленные в качестве исключений в Правилах.

**3. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)**

3.1. Страховые суммы зафиксированы в страховом полисе в разделе «Программы страхования».

3.2. Сумма страховой премии зависит от выбранных страховых сумм и в полисе определена в разделе «Программа страхования», в таблице «Таблица определения размера страховой премии» на лицевой стороне полиса рядом с отмеченным квадратом на пересечении строки «Страховая премия» и столбца «Страховые суммы».

3.3. Страховая премия уплачивается Страхователем одновременно.

**4. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

4.1. Договор заключается на основании устного заявления Страхователя между Страховщиком и Страхователем в отношении Застрахованного путем составления и двустороннего подписания Страховщиком и Страхователем одного документа – страхового полиса.

Стороны договора согласны с тем, что при подписании договора страхования (страхового полиса), приложений к нему, дополнительных соглашений и других документов, относящихся к договору страхования, Страховщик вправе использовать факсимильное (с помощью средств электронного копирования) воспроизведение печати Страховщика и подписи лица, уполномоченного от имени Страховщика подписывать договоры страхования (страховые полисы).

4.2. Страховой полис составляется и подписывается в двух идентичных

экземплярах (для Страховщика и Страхователя), имеющих равную юридическую силу. При несоответствии отметки о выборе программы страхования, рисков и/или страховой суммы в разделе «Программа страхования» в экземпляре полиса Страховщика и в экземпляре полиса Страхователя преимущественную силу имеют положения, содержащиеся в экземпляре полиса Страховщика.

4.3. В дополнение к п.5.4 Правил ДСЖ договор страхования не заключается в отношении лиц, уже являющихся Застрахованными по продукту «МАРИЯ» на дату заключения договора.

4.4. При проставлении отметки в более чем одном квадрате в разделе «Программа страхования» либо при отсутствии отметок о выборе страховых сумм в разделе «Программа страхования» договор является незаключенным (в связи с отсутствием соглашения по существенным условиям договора – о страховой сумме) и уплаченная страховая премия подлежит возврату плательщику по его письменному заявлению. При несоответствии отметки о выборе страховых сумм в разделе «Программа страхования» в экземпляре полиса Страховщика и в экземпляре полиса Страхователя преимущественную силу имеют положения, содержащиеся в экземпляре полиса Страховщика.

4.5. Страхователь обязан оплатить страховую премию одновременно в полном объеме в течение 5 (пяти) календарных дней с даты заключения договора. Если в течение 5 дней с даты заключения договора страховая премия не была оплачена в полном объеме, то действие договора прекращается с даты заключения договора, страхование, обусловленное договором, не действует, обязанность Страховщика по выплате страхового возмещения не возникает. Поступившие денежные средства возвращаются плательщику в полном объеме в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней с даты поступления Страховщику оригинала заявления на возврат средств.

4.6. Дата окончания страхования по договору совпадает с датой наступления первого из перечисленных событий:

4.6.1. окончания срока действия договора;

4.6.2. досрочного прекращения договора.

4.7. Договор страхования прекращается досрочно в случаях и порядке, установленном Правилами.

4.8. При изменении фамилии, имени, отчества, паспортных данных Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя, а также при назначении и замене Выгодоприобретателя Страхователь письменно сообщает об этом Страховщику, заполнив Заявление на внесение изменений в договор страхования (далее - Заявление на внесение изменений) по форме определенной Страховщиком. Страхователь направляет Страховщику заполненное Заявление на внесение изменений почтовым отправлением по адресу места нахождения Страховщика, указанному в Полисе, или путем размещения заявления в электронной форме в «Личном кабинете» Страхователя на сайте Страховщика в сети Интернет по адресу: [my.ppfinsurance.ru](http://my.ppfinsurance.ru) или по ссылке <https://my.ppfinsurance.ru/>. Все данные, относящиеся к указанным изменениям, в соответствии с вышеизложенными требованиями, принимаются Страховщиком в качестве условий договора с даты, указанной в заявлении Страхователя, без направления ответного уведомления Страхователю.

**5. ПОРЯДОК РАСЧЕТА РАЗМЕРА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**

5.1. Выплаты по страховым случаям проводятся, только если соответствующие риски включены в договор страхования и указаны в страховом полисе.

5.2. Все документы, предоставляемые Страховщику для получения страховой выплаты по страховым случаям п.2.1.1.1-2.1.1.4 Условий и п.2.1.2.1-2.1.2.2 Условий, должны соответствовать требованиям, изложенным в п.7.11 Правил ДСЖ.

5.3. Размер и порядок осуществления страховой выплаты по страховым случаям п.2.1.1.1-2.1.1.4 и п.2.1.2.1-2.1.2.2 Условий определен п.7.3.2.-7.3.7 Правил ДСЖ.

5.4. Размер страховой выплаты по страховым случаям «консультация гинеколога, генетика» и «консультация педиатра» определяется стоимостью услуг медицинской консультации, оказываемых Застрахованному сервисной организацией. Оказание услуги осуществляется посредством видеосвязи, аудиосвязи, путем обмена сообщениями и файлами, после запроса через сайт сервисной организации ([www.pediatr247.ru](http://www.pediatr247.ru) и [www.onlinedoctor.ru](http://www.onlinedoctor.ru)) или звонка по телефону (+7 800 333-28-00). Информация о Медицинских организациях и Врачах, предоставляющих Услуги, их профессиональном образовании, квалификации и пр., размещены на сайте сервисной организации.

5.4.1. Застрахованному предоставляются медицинские консультации по всем вопросам в рамках профессиональной компетенции врача, за исключением:

вопросов, по которым Врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Застрахованным дистанционным способом;

вопросов, для которых необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров, анализов и пр.) - при ее отсутствии.

5.4.2. Застрахованный до оказания консультации предоставляет Врачу информацию об установленных Застрахованному диагнозах, перенесенных им заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, пересылает Врачу скан-копии необходимых документов с использованием «Личного кабинета» Застрахованного на сайте сервисной организации.

При оказании консультации, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, Врач информирует Застрахованного о специальных, к которым следует обратиться для постановки/подтверждения/уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную информацию.

5.4.3. В рамках договора страхования Застрахованный может обратиться в течение срока страхования за организацией консультации гинеколога или генетика не более 4 (четырёх) консультаций и за организацией консультации педиатра без ограничений в течение срока страхования.