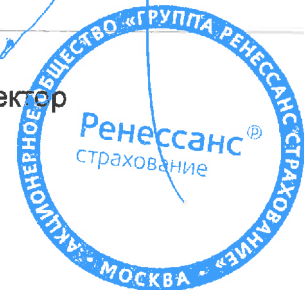


Приложение №1 к Приказу

№ 013 от 4 февраля 2020 г.

Утверждаю
Генеральный директор
Гадлиба Ю. О.



Правила

международного добровольного медицинского страхования

Оглавление

1. Введение	3
2. Терминология.....	3
3. Объекты и субъекты страхования. Страховые риски и страховые случаи.....	13
4. Исключения из страхового покрытия	14
5. Заключение договора страхования.....	17
6. Страховая сумма	27
7. Страховой тариф. Страховая премия.....	27
8. Территория страхования	29
9. Порядок организации медицинской помощи	30
10. Порядок осуществления страховой выплаты.....	33
11. Порядок прекращения договора страхования.....	38
12. Заключение очередного договора	40
13. Мошенничество.....	41
14. Права и обязанности	41
15. Заключительные положения	45

Приложение №1 к Правилам страхования (Программа международного добровольного медицинского страхования)

Приложение №2 к Правилам страхования (Заявление на заключение договора международного добровольного медицинского страхования (страхователь – юридическое лицо))

Приложение №3 к Правилам страхования (Заявление на заключение договора международного добровольного медицинского страхования (страхователь – физическое лицо))

Приложение №4 к Правилам страхования (Анкета к договору международного добровольного медицинского страхования)

Приложение №5 к Правилам страхования (Заявление на получение страхового возмещения)

Приложение №6 к Правилам страхования (Договор международного добровольного медицинского страхования (форма 1 - ЮЛ))

Приложение №7 к Правилам страхования (Договор международного добровольного медицинского страхования (форма 2 – ЮЛ/ИП))

Приложение №8 к Правилам страхования (Договор международного добровольного медицинского страхования (форма 3 - ФЛ))

Приложение №9 к Правилам страхования (Согласие субъекта персональных данных на обработку своих персональных данных, в том числе сведений, составляющих врачебную тайну)

Настоящие Правила международного добровольного медицинского страхования (далее — Правила) составлены в соответствии с действующим российским законодательством и определяют общие условия и порядок осуществления страхования, в том числе заключения, исполнения и прекращения Акционерным Обществом «Группа Ренессанс Страхование» (далее — Страховщик) договоров международного добровольного медицинского страхования (далее — Договор, Договор страхования).

1. Введение

- 1.1. В рамках настоящих Правил Страховщик осуществляет добровольное страхование, относящееся согласно принятой в законодательстве классификации к видам страхования «Медицинское страхование» и «Страхование финансовых рисков».
- 1.2. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах, могут быть изменены (исключены или дополнены) по письменному соглашению сторон при заключении Договора страхования или в период действия Договора страхования при условии, что такие изменения не противоречат действующему законодательству.
- 1.3. Применяемые в настоящих Правилах наименования и понятия в ряде случаев специально поясняются соответствующими определениями. Если значение какого-либо наименования или понятия не оговорено Правилами и не может быть определено исходя из законодательства или нормативных актов, то такое наименование или понятие используется в своем обычном лексическом значении.

2. Терминология

Далее в Правилах, а также в заключаемых в соответствии с Правилами Договорах используются следующие термины:

Администратор — юридическое лицо, имеющее необходимую квалификацию или лицензию, привлекаемое Страховщиком в качестве эксперта по оценке риска (андеррайтингу) индивидуального и коллективного международного медицинского страхования, урегулированию страховых случаев и уполномоченного представителя Страховщика по заключению Договоров страхования, консультированию Страхователей по содержанию Программ международного медицинского страхования, взаимодействию с партнерами по реализации Договоров и урегулированию спорных ситуаций.

Статус «активно работающий» означает, что работник выполняет свою работу на рабочем месте согласно трудовому договору с работодателем и выполняет активно и компетентно основную часть обязанностей в рамках своей должностной инструкции и без сокращенного рабочего графика. Активно работающими признаются также те работники, которые находятся в очередном ежегодном отпуске; отпуске, предоставленном на время учебы (продолжительностью не более 1 месяца в году); отпуске по беременности и родам; отпуске по уходу за ребенком; отпуске по семейным обстоятельствам (продолжительностью не более трех дней).

Акушерская помощь — медицинская помощь, оказанная акушером.

Акушер — медицинский работник, прошедший курс обучения по программе акушерства (признанный в стране нахождения учебного заведения), успешно завершивший данный курс и получивший квалификацию, необходимую для работы по данной специальности или регистрации и (или) получения разрешительного документа (лицензии, сертификата, свидетельства и т. п.) на осуществление акушерской практики.

Альтернативная медицина – системы, практики и продукты в области медицины и здравоохранения, которые в настоящее время не считаются частью официальной (конвенциональной, общепринятой) медицины или ее методов лечения и не включены в основную систему медико-санитарной помощи. К альтернативной медицине относятся следующие методы, например: акупунктура, иглотерапия, ароматерапия, хиропрактика, гомеопатическая, натуропатическая и остеопатическая медицина, аюрведическая и традиционная китайская медицина и др.

Лицо, оказывающее услуги в области альтернативной медицины, должно иметь официально признаваемую в соответствующей стране квалификацию и разрешение на оказание соответствующих услуг в этой стране.

Амбулаторная операция - операция, проводимая в операционном блоке стационара или поликлиники в течение одного дня с выпиской в тот же день, а именно, амбулаторная операция характеризуется тем, что пациент ночь перед операцией и ночь после нее не проводит в медицинском учреждении.

Амбулаторное лечение - консультации, диагностика, медицинские манипуляции и лечение у Врача или в частной, общественной или государственной организации (которая вправе на законных основаниях осуществлять медицинское лечение заболеваний или телесных повреждений, имеет необходимое оборудование, материальные/технологические средства и профессиональных работников для постановки диагноза, осуществления хирургических вмешательств), при которых непрерывное наблюдение и уход за пациентом, в том числе ночью, не требуются.

Ассистанская компания - российское и (или) иностранное юридическое лицо любой организационно-правовой формы или лицо, занимающееся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица, имеющее необходимую квалификацию или лицензию, привлекаемое Страховщиком и (или) Администратором, предоставляющее услуги по организации медицинских и иных услуг (в том числе медико-социальных), а также экспертных, медико-транспортных услуг и услуг по репатриации.

Болезнь - см. «Заболевание».

Заболевание - любое нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными и (или) морфологическими изменениями, диагностированное и подтвержденное Медицинским учреждением или Врачом. Заболеванием считаются все повреждения и последствия, возникающие в связи с одним и тем же диагнозом, а также все болезни по одной причине или связанным причинам. Если болезнь обусловлена той же причиной, по которой возникло предыдущее заболевание, или связанной с ней причиной, заболевание считается продолжением предыдущего, но не отдельным заболеванием.

Врач - медицинский работник, имеющий диплом о медицинском образовании, прошедший государственную аттестацию и получивший лицензию или иной разрешительный документ на занятие медицинской деятельностью в стране, где оказывается медицинская помощь.

Семейный врач, врач общей практики или терапевт — врач, предоставляющий лечение, которое не требует узкоспециализированного обучения.

Врач-специалист — врач, получивший специальную квалификацию в сфере деятельности или специальные знания, связанные с лечением соответствующего заболевания или травмы.

Врожденное заболевание - любое наследственное заболевание; врожденный порок;

физическая аномалия и/или любое отклонение от нормального развития, имевшее место с рождения; или медицинское состояние, приобретенное в период развития плода, независимо от того, было ли оно диагностировано в тот период или нет. Для целей страхования не имеет значения, обусловлено ли врожденное заболевание наследственностью или экологией.

Госпитализация - см. «Стационарное лечение».

Стационарное лечение - помещение Застрахованного лица для проведения лечения в стационар медицинского учреждения, имеющего все необходимые разрешения и лицензии, в котором по медицинским основаниям пациент должен остаться на ночь или на более долгий срок.

Двухместная палата - палата в стационаре, предназначенная для размещения двух пациентов согласно соответствующему этому размещению прейскуранту медицинского учреждения.

Дневной стационар - одно из структурных подразделений лечебно-профилактического учреждения, предназначенное для пребывания пациентов, не нуждающихся в круглосуточном контроле за их состоянием и наблюдении медицинского персонала.

Жизнеугрожающее медицинское состояние - серьезное неотложное медицинское состояние, требующее оказания немедленной медицинской помощи для того, чтобы Застрахованное лицо избежало смерти или ухудшения состояния здоровья в настоящем или будущем. Серьезность медицинского состояния определяется Службой поддержки с учетом особенностей его проявлений, местонахождения Застрахованного лица в текущий момент и доступности медицинской помощи / медицинских учреждений.

Занятия спортом на профессиональном уровне - занятия любым видом спорта, включая участие в спортивных соревнованиях и спортивную подготовку к ним, а также проведение учебно-тренировочных мероприятий, направленные на получение вознаграждения или заработной платы либо на достижение публично признаваемых спортивных результатов в виде места, рейтинга, титула и т. п. на официальных спортивных соревнованиях.

Застрахованное лицо - названное в Договоре физическое лицо, в пользу которого Страхователем заключен Договор. В случае если Договор заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного лица.

Изделия медицинского назначения, длительного пользования - протезно-ортопедические компоненты, протезы, инвалидные кресла, назначенные лечащим врачом амбулаторно-поликлинического или стационарного медицинского учреждения.

Лекарственные препараты - медицинские препараты, необходимые для лечения подтвержденного диагноза или медицинского состояния. Медицинские препараты, не предписанные Врачом и которые согласно официальной инструкции по применению отпускаются из аптек без рецепта, даже если они были рекомендованы к применению Врачом в связи со страховым событием, не включаются в определение лекарственных препаратов. Также не считаются лекарственными препаратами, даже если они назначены Врачом, такие средства, как аспирин; витамины; так называемые противопростудные препараты и средства лечения при гриппе или ОРВИ, в том числе (но не ограничиваясь) таблетки для снятия воспаления в горле, средства облегчения заложенности носа, полоскания горла и промывания носоглотки, жаропонижающие, иммуностимуляторы; травы; биологически активные добавки; диетические продукты и (или) продукты, которые

направлены на поддержание стиля (образа) жизни, в том числе в связи с возрастом, с особенностями и потребностями косметического ухода, с лишним весом; экспериментальные препараты.

Лечение бесплодия - процедуры, необходимые для установления причин бесплодия (например, лапароскопия, гистероскопия матки, гистеросальпингография, гинекография), и медицинские манипуляции / хирургические операции по устранению бесплодия, стимулированию беременности или оплодотворению (например искусственное, экстракорпоральное оплодотворение/осеменение).

Лечение в дневном стационаре - лечение в медицинском учреждении, не требующее от пациента оставаться на ночь.

Лимит ответственности Страховщика - максимальный размер страховой выплаты по одному страховому случаю, по одному риску или нескольким рискам в пределах страховой суммы, установленный Договором.

Льготный период - число дней, начиная с даты, указанной в Договоре как дата оплаты страховой премии (страхового взноса) Страхователем, в течение которых Страхователь обязан уплатить страховую премию Страховщику.

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

Медицинский консультант - врач, назначенный Администратором для оценки состояния здоровья лица, заявленного на страхование, или Застрахованного лица.

Необходимая с медицинской точки зрения медицинская помощь - это медицинские и иные услуги, препараты, товары и средства оказания медицинской помощи, которые:

- соответствуют базовым медико-санитарным потребностям Застрахованного лица;
- оказываются наиболее приемлемыми с медицинской точки зрения и в условиях, подходящих для оказания таких медицинских услуг, с учетом стоимости и качества обслуживания;
- по типу, частоте и продолжительности лечебных мероприятий соответствуют научно обоснованным нормативам и руководящим документам медицинских учреждений, исследовательских организаций или организаций здравоохранения или государственных учреждений;
- соответствуют установленному диагнозу состояния или заболевания;
- требуются по причинам иным, нежели личная выгода Застрахованного лица или его лечащего врача;
- в соответствии с преобладающими мнениями, изложенными в медицинской литературе, являются:
 - a) безопасными и эффективными для лечения или диагностирования состояния или заболевания, в отношении которого предложено их оказание и (или) использование, или
 - b) безопасными с точки зрения перспективной эффективности в случае лечения угрожающего жизни состояния или заболевания в клинко-экспериментальных условиях.

Неотложное медицинское состояние - внезапное или неожиданное изменение физического или психического состояния Застрахованного лица, требующее медицинской помощи, о чем Застрахованное лицо заявляет немедленно после вышеуказанного изменения (либо заявляет не сразу, но в минимально возможный при данных обстоятельствах срок, но в любом случае — не позднее чем в течение суток с момента возникновения вышеуказанного изменения), и которое, при неоказании медицинской помощи, может привести к смерти Застрахованного лица или к его телесному повреждению, или к серьезному ухудшению его здоровья.

Несчастный случай - внешнее, кратковременное (до нескольких часов), непреднамеренное, не являющееся следствием заболевания или его лечения, непредвиденное стечение обстоятельств, имевшее место в течение срока страхования, в том числе противоправные действия третьих лиц, включая террористические акты, при котором вопреки воле Застрахованного лица причиняется вред его здоровью или наступает его смерть. Следующие события, среди прочих, также считаются Несчастливыми случаями: попытка спасения людей или грузов в опасности; вдыхание газа или пара, а также абсорбция отравляющих или агрессивных веществ; вывихи, растяжения, разрывы и повреждения мышц, вызванные внезапным усилием; обморожение; утопление.

Период страхования - см. «Срок страхования».

Период непрерывного страхования - период времени, в течение которого в отношении Застрахованного лица осуществляется непрерывное страхование путем последовательного заключения Страховщиком со Страхователем очередных Договоров страхования на основании настоящих Правил. Датой начала первого Периода непрерывного страхования является дата начала срока страхования по первому Договору страхования, оформленному в отношении Застрахованного лица на основании Правил. Период страхования по очередным (последовательно заключаемым) Договорам страхования в отношении Застрахованного лица является непрерывным, если дата начала срока страхования по каждому очередному Договору указана как день, следующий за днем окончания срока страхования по предыдущему Договору, и при условии оплаты страховой премии (первого страхового взноса) по очередному Договору в срок, не превышающий 60 (шестидесяти) дней со дня, указанного как дата оплаты страховой премии (первого страхового взноса) в очередном Договоре страхования. В случае неуплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса) в размере и сроки, установленные очередным Договором страхования с учетом указанного в настоящем пункте льготного периода, Договор страхования считается не вступившим в силу, стороны не несут по нему обязательств, а действие срока страхования не начинается.

Нетрудоспособность - полная или частичная потеря способности к труду или к самообслуживанию в повседневной жизни, подтвержденная квалифицированным экспертом либо специализированной организацией в соответствующей стране, вызванная телесным повреждением или ухудшением/утратой здоровья, наступившим в результате несчастного случая или заболевания.

Новорожденный - ребенок, с рождения которого не прошло 30 дней.

Обоснованные и общепринятые расходы - это расходы на получение консультации врача, медицинские манипуляции, услуги, препараты, товары и средства оказания медицинской помощи, которые сопоставимы с вероятными расходами на аналогичное по сложности лечение в других медицинских учреждениях сопоставимого уровня (класса) в этом же или соседнем регионе или в стране в целом, при этом оценка обоснованности подразумевает также учет общепринятых либо рекомендованных уполномоченными

органами/организациями методов, планов или протоколов лечения того или иного заболевания, операции или процедуры, а также их средней стоимости, если такая информация доступна. В странах, где существуют рекомендованные прейскуранты стоимости медицинских услуг или ведется общедоступная статистика стоимости медицинских услуг, термин «Обоснованные и общепринятые расходы» предполагает учет данных прейскурантов и статистических данных.

Если общепринятые расходы не могут быть определены в силу уникальности организованного лечения или оказанной медицинской услуги, решение об обоснованности понесенных расходов принимает Страховщик и (или) Администратор, принимая во внимание все имеющиеся обстоятельства, включая требуемую квалификацию врачей.

Опасные виды спорта - виндсерфинг; серфинг; дайвинг (на глубине до 20 метров); передвижение на водных лыжах, мотороллерах, мопедах и мотоциклах, гидроциклах (аквабайках), квадроциклах, снегоходах; парасейлинг (полеты на парашюте за катером); яхтинг; трассовое катание на горных лыжах и сноуборде.

Отделение реанимации или интенсивной терапии - отделение медицинского учреждения, которое используется в качестве отделения реанимации или интенсивной терапии, работающее круглосуточно исключительно с целью лечения пациентов в критическом состоянии, оборудованное для предоставления специальных услуг по уходу и медицинских услуг, которые не могут быть предоставлены в другом месте медицинского учреждения.

Перестраховщик - страховая организация, в том числе иностранная, обладающая лицензией на осуществление перестрахования, с которой у Страховщика заключен договор о перестраховании рисков в области международного медицинского страхования.

Побочное медицинское состояние - это любое заболевание, телесное повреждение или ухудшение здоровья, включая психическое нарушение, вызванное предшествующим медицинским состоянием или возникающее в результате той же причины, что и предшествующее медицинское состояние.

Предшествующее медицинское состояние - телесное повреждение, заболевание или ухудшение здоровья или связанные с ними симптомы, а также беременность, в отношении которых до даты начала срока страхования (вступления Договора страхования в силу):

- i) рекомендована или оказана медицинская консультация, или
- ii) установлен диагноз, предоставлены лечение или уход, включая использование прописанных лекарств; или
- iii) о которых Застрахованное лицо знало заранее или должно было знать, но, несмотря на это, не обращалось за медицинской консультацией или лечением.

Программа международного медицинского страхования - перечень медицинских и иных услуг (объем медицинской помощи), составленный Страховщиком, включая лимиты ответственности Страховщика по Программе в целом и по отдельным видам покрытий, а также порядок оказания медицинской помощи.

Протез - устройство, которое заменяет весь орган или его часть или частично или полностью заменяет неработоспособную или плохо функционирующую часть тела.

Психические заболевания - неврологические, психические расстройства, соответствующие критериям международных классификаций, таких как Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (Diagnostic and Statistical

Manual of Mental Disorders (DSM)) или Международная классификация болезней (International Classification of Diseases (ICD)). Расстройства должны проявляться в виде объективных нарушений в настоящее время или приводить к существенному ограничению жизнедеятельности — к полной или частичной потере лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью (например, потеря профессиональной трудоспособности). Вышеуказанные проявления должны быть клинически значимыми и не должны ограничиваться только индивидуальными особенностями реагирования на отдельные события, такие как личные жизненные потрясения, межличностные отношения, трудности обучения, адаптации к социокультурным особенностям.

Родина - страна, в которой Застрахованное лицо родилось или выросло или где находится дом Застрахованного лица, независимо от того, какая страна указана в качестве страны преимущественного проживания Застрахованного лица в заявлении на страхование и (или) анкете лица, заявленного на страхование. Однако если таким образом оказывается невозможным однозначно установить родину Застрахованного, то его родиной считается любая страна, гражданство которой или паспорт которой у него имеется.

Служба поддержки — подразделение, которое занимается организацией медицинской помощи Застрахованному лицу. Данным подразделением может выступать медицинский пул Страховщика и/или сервисная (ассистанская) компания, и/или Администратор.

Сопровождающее лицо - лицо, сопровождающее Застрахованного к месту проведения лечения / хирургической операции и находящееся с ним во время пребывания Застрахованного. Сопровождающим лицом может быть родственник, супруг(а), близкий друг. Страховщик несет свои обязательства, предусмотренные Договором страхования, в отношении только одного Сопровождающего лица, независимо от того, сколько лиц будут в действительности сопровождать Застрахованного.

Софинансирование - форма франшизы, выраженная в процентах от суммы убытка по каждому страховому случаю. См. «Франшиза».

Стандартная одноместная палата - палата в стационаре, предназначенная для размещения одного пациента за минимальную стоимость согласно прейскуранту соответствующего медицинского учреждения.

Стационар - организация любой организационно-правовой формы, имеющая законное право оказывать медицинские услуги и лечение заболеваний, телесных повреждений, имеющая необходимое оборудование, материалы и технологии, где 24 часа в сутки 7 дней в неделю доступны врачи и медицинский персонал, способный установить диагноз и провести хирургическую операцию, а также предоставить пациентам непрерывное лечение, наблюдение и уход.

Страна преимущественного проживания - страна, в которой у Застрахованного лица есть постоянное местожительство. Однако если таким образом оказывается невозможным однозначно установить страну преимущественного проживания Застрахованного лица, то таковой считается любая страна, гражданство которой или паспорт которой у него имеется.

Срок свободного ознакомления с условиями страхования - в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с даты заключения Договора страхования Страхователь (физическое лицо) вправе отказаться от Договора и вернуть уплаченную страховую премию при условии отсутствия событий, обладающих признаками страхового случая, в порядке, предусмотренном разделом 11 Правил.

Срок страхования - период времени, определяемый Договором, в течение которого при наступлении страховых случаев у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховых выплат в соответствии с настоящими Правилами и Договором.

Стоматолог (хирург-стоматолог) - медицинский работник, имеющий диплом о медицинском образовании, прошедший государственную аттестацию в качестве врача-стоматолога и получивший лицензию на занятие стоматологической деятельностью в стране, где оказывается медицинская помощь.

Страхователь - юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования.

Страховая выплата - денежная сумма, которую Страховщик произвел или должен будет произвести для оплаты медицинской помощи, лекарственных средств и изделий медицинского назначения при наступлении страхового случая по Договору страхования.

Страховая премия - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором. Страховой взнос — часть страховой премии, уплачиваемой в рассрочку.

Страховая сумма - денежная сумма, которая определена Договором страхования и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

Страховой год - двенадцатимесячный период, начиная с указанной в Договоре даты начала срока страхования.

Страховой риск - предполагаемое событие, предусмотренное Договором, на случай наступления которого проводится страхование. При реализации страхового риска и соблюдении условий, установленных Правилами и Договором, страховой риск признается страховым случаем.

Страховой сертификат - документ, являющийся неотъемлемой частью Договора страхования, указывающий:

- i) кто является Страхователем и Застрахованным лицом;
- ii) название Программы и срок страхования;
- iii) особые условия страхования или применения тех или иных положений Правил.

Страховой случай - совершившееся событие в жизни Застрахованного лица, предусмотренное Договором, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату в размере и порядке, которые предусмотрены Договором.

Телемедицина - комплекс организационных и технологических мероприятий, обеспечивающих деятельность системы оказания дистанционной консультационно-диагностической медицинской услуги, при которой пациент получает дистанционную консультацию специалиста-медика, используя современные информационно-коммуникационные технологии.

Террористический акт - акт, включая, помимо прочего, использование силы или насилия и/или угрозу такого использования, со стороны любого лица или групп (группы) лиц, действующих самостоятельно или от лица любой организации (любых организаций) или правительств (правительства), или в связи с ними, преследующих политические, религиозные, идеологические или схожие цели, в том числе намерение оказать воздействие на правительство и/или запугать население или его часть; или использование биологического, химического, радиоактивного или ядерного вещества, материала, средства или оружия.

Травма - телесное повреждение в результате несчастного случая.

Уход на дому - предписанные врачом медицинские услуги, предоставляемые за пределами медицинского учреждения, оказываемые сразу после или вместо лечения в стационаре медицинским работником, имеющим соответствующую квалификацию и разрешение.

Факторы существенного увеличения степени страхового риска - обстоятельства или условия, увеличивающие вероятность заболевания или несчастного случая. К таким обстоятельствам или условиям могут относиться: смена профессиональной деятельности Застрахованного, связанная с повышенным риском и/или которая может привести к появлению профессиональных заболеваний; длительная командировка на срок свыше трех месяцев в другую страну или в другой климатический пояс; изменение страны преимущественного проживания; появление таких увлечений или начало занятий такими видами спорта и отдыха, которые связаны с повышением вероятности возникновения несчастных случаев и болезней; смена пола Застрахованного лица; инфицирование Застрахованного ВИЧ (вирусом иммунодефицита человека) или заболевание Застрахованного СПИДом (синдромом приобретенного иммунодефицита) или аналогичным синдромом. Изменение обстоятельств, сообщенных Страховщику при заключении Договора, признается существенным, когда они изменились настолько, что, если бы стороны могли это разумно предвидеть, Договор не был бы заключен или был заключен на значительно отличающихся условиях.

Франшиза - установленная Договором часть убытков (медицинских расходов и иных расходов), выраженная в фиксированном размере (абсолютная франшиза), в виде определенного процента от страховой суммы или убытка (относительная франшиза, софинансирование), которая не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или Застрахованному лицу и поэтому оплачивается самим Застрахованным лицом. Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

Хирургическая операция - совокупность механических воздействий на тканях или органах Застрахованного лица, осуществляемые по медицинским показаниям квалифицированным Врачом в соответствии с общепринятыми медицинскими нормами в операционном блоке (операционной) медицинского учреждения с целью лечения, диагностики, коррекции функций организма, выполняемый с помощью различных способов разъединения, перемещения и соединения тканей.

Хроническое заболевание - заболевание, последствие телесных повреждений или медицинское состояние, вызывающее необратимые патологические изменения, требующее длительного непрерывного или периодического наблюдения и/или лечения или оставляющее после себя нарушение трудоспособности. В частности, если заболевание, последствие телесного повреждения или медицинское состояние длится более трех месяцев с даты установления врачом-специалистом и не имеет обоснованного срока завершения/излечения, то оно признается хроническим.

Экспериментальный метод лечения - лечение, процедура, терапевтический курс, оборудование, медицинский препарат или фармацевтический продукт медицинского или хирургического назначения, которые не были общепризнаны безопасными, эффективными и пригодными для лечения заболеваний или травм различными научными организациями, признанными международным медицинским сообществом, или которые находятся на стадии исследования, изучения, тестирования или любой стадии экспериментальных работ в клинических условиях.

Экстремальные виды спорта - прыжки с парашютом, планеризм, катание на горных лыжах или сноуборде вне предусмотренных трасс, спелеология и прыжки на эластичном канате, сэндбординг, дайвинг на глубину более 20 метров, вейкбординг, флайбординг, дельтапланеризм, парапланеризм, кайтсерфинг, каякинг (сплав на небольшом одноместном судне — каяке), каньонинг, зорбинг, бокинг, бейсджампинг, скейтбординг, маунтинбайк (спуск с горы на специальном велосипеде), «Бизон-Трек-Шоу» (гонки на тракторах), погинг, роуп-джампинг (прыжки со специальной страховочной веревкой с высоких объектов), руфинг (восхождение на труднодоступные и опасные крыши и шпили высотных зданий без страховки), скалолазание, стантрайдинг, триал, трейнсерфинг, фрибординг, роллерблейдинг, выполнение трюков или кросса на специальных велосипедах, участие в регатах, мотогонки, автогонки или иные гонках на скорость, а также иные экстремальные (опасные для жизни и здоровья) виды деятельности, способные увеличить риск наступления страхового случая.

Терроризм ядерный, химический, биологический - использование любого ядерного оружия или устройства или изготовление, сброс, распространение или утечка любого плотного, жидкого или газообразного химического или биологического вещества в течение периода действия страхования каким-либо человеком или группой людей, которые действуют по собственной инициативе или от имени и/или совместно с какими-либо организациями или правительствами и руководствуются политическими, религиозными или идеологическими мотивами, с целью оказать какое-либо влияние на правительство и/или общество или на его часть посредством его устрашения.

Под *химическим веществом* следует понимать любое соединение, которое при соответствующем распространении производит выводящий из строя, разрушительный или смертельный эффект на людей, животных, растения или материальную собственность.

Под *биологическим веществом* следует понимать любые патогенные (вызывающее заболевание) микроорганизмы и/или биологически произведенные токсины (включая генетически модифицированные организмы и химически синтезированные токсины), которые являются причиной заболеваний и/или смерти людей, животных или растений.

Экстренная стоматологическая ситуация - возникновение острой боли, не снимаемой обезболивающими средствами, отека лица или неконтролируемого кровотечения после удаления зуба в нерабочее время лечащего стоматолога или при нахождении Застрахованного лица далеко от стоматологической клиники, к которой он прикреплен.

Медицинское учреждение - учреждение здравоохранения, в том числе юридическое лицо любой организационно-правовой формы собственности, частные врачи, осуществляющие деятельность в качестве индивидуального предпринимателя (предприниматели без образования юридического лица), имеющие соответствующую лицензию на осуществление медицинской, фармацевтической деятельности на территории Российской Федерации или за рубежом. К медицинским учреждениям в рамках настоящих Правил относятся:

- i) лечебно-профилактические: больничные учреждения, стационары, диспансеры, амбулаторно-поликлинические учреждения, учреждения скорой медицинской помощи, учреждения охраны материнства и детства, санаторно-курортные

учреждения, клиники и другие учреждения в соответствии с термином «Медицинское учреждение», используемым в настоящих Правилах;

- ii) аптечные организации: аптеки, аптеки медицинских учреждений, аптечные пункты, аптечные магазины, аптечные киоски и обособленные подразделения медицинских организаций (амбулатории, фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты, центры (отделения) общей врачебной (семейной) практики), имеющие лицензию на осуществление фармацевтической деятельности;
- iii) иные учреждения, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно в установленном законодательством страны, где оказывается медицинская помощь, порядке.

3. Объекты и субъекты страхования. Страховые риски и страховые случаи

- 3.1. Объектом страхования, осуществляемого в соответствии с настоящими Правилами, являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.
- 3.2. Объектом страхования также могут являться имущественные интересы, связанные с риском возникновения непредвиденных расходов физических лиц, в том числе связанных с возвращением Застрахованного и сопровождающего его лица к месту пребывания, транспортировкой сопровождающих лиц Застрахованного, транспортировкой детей Застрахованного, визитом близкого родственника Застрахованного, а также оплатой организации репатриации тела (останков) Застрахованного лица.
- 3.3. Субъектами международного добровольного медицинского страхования выступают Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо, Администратор, Врач, Медицинское учреждение и иное лицо, оказывающее медицинскую помощь, а также уполномоченные Страховщиком лица, например Ассистанская компания.
- 3.4. На условиях настоящих Правил Договоры страхования заключаются в пользу Застрахованных лиц; Выгодоприобретатель по Договору страхования не назначается.
- 3.5. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.
- 3.6. Лица, имеющие на момент заключения Договора страхования заболевания и (или) состояния, перечисленные в п. 5.6 настоящих Правил, принимаются на страхование при условии, что Страховщик был уведомлен о таких заболеваниях и (или) состояниях до заключения Договора страхования, с применением индивидуальных условий страхования и повышающих страховых тарифов, а также прохождением медицинского освидетельствования по требованию Страховщика.
- 3.7. Договор страхования заключается в отношении риска затрат на оказание медицинской помощи Застрахованному лицу при его обращении к Страховщику и/или в медицинское учреждение по поводу расстройства здоровья и (или) состояния, требующего оказания медицинской помощи, в связи с телесным повреждением в

результате несчастного случая или в связи с заболеванием, а также на оказание медицинских услуг при проведении профилактического медицинского обследования Застрахованного лица и при других состояниях, предусмотренных Программой.

3.8. По Договорам страхования, заключенным в соответствии с настоящими Правилами, страховыми случаями могут являться следующие события (одно или оба из перечисленных, в зависимости от условий Договора страхования и (или) программы страхования):

3.8.1. обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинское учреждение по поводу заболевания, травмы, отравления и по иным основаниям за медицинскими услугами и медицинской помощью, включая, но не ограничиваясь этим, лечебную, диагностическую, лекарственную, консультативную, реабилитационно-восстановительную, оздоровительную, медико-социальную, профилактическую помощь, при условии, что данное обращение повлекло или может повлечь за собой возникновение соответствующих расходов и что медицинские и иные услуги и медицинская помощь предусмотрены Программой и являются необходимыми с медицинской точки зрения. Если иное не предусмотрено Договором страхования, обращение Застрахованного в медицинскую организацию может осуществляться в дистанционном формате (телемедицина);

3.8.2. возникновение непредвиденных расходов, связанных с организацией и оплатой услуг по предоставлению медицинского оборудования; расходы по медицинской транспортировке; денежная выплата за пребывание в стационаре при отсутствии требований по оплате расходов, связанных с данной госпитализацией; расходы по срочному визиту третьего лица в чрезвычайной ситуации; расходы по эвакуации детей; расходы по сопровождению Застрахованного лица третьим лицом; расходы по перевозке останков Застрахованного лица до транспортного узла, ближайшего к месту, где постоянно проживал Застрахованный, в связи с его смертью в период действия Договора страхования в результате несчастного случая, острого заболевания или обострения хронического заболевания.

4. Исключения из страхового покрытия

4.1. Если иное не предусмотрено Договором, обращение Застрахованного лица за медицинской помощью не признается Страховым случаем, если это обращение сопровождается или связано с каким-либо из следующих обстоятельств:

4.1.1. ядерный взрыв, радиационное или радиоактивное заражение, химическое загрязнение;

4.1.2. война, восстание, мятеж, революция или иная похожая ситуация, в которой происходят активные боевые действия; военные маневры, учения, стрельбы, испытания оружия; террористический акт, акт ядерного, химического, биологического терроризма; в случае, если:

4.1.2.1. Застрахованное лицо подвергло себя опасности, добровольно войдя в объявленную официальными властями зону отчуждения, конфликта, где происходили активные боевые действия или мятеж, зону проведения антитеррористической операции, зону военных учений, стрельб или испытаний или в зоны с аналогичным риском для жизни и здоровья; или

4.1.2.2. если Застрахованное лицо было активным участником

вышеуказанных действий; или

4.1.2.3. если Застрахованное лицо не приняло мер (при наличии такой возможности) по обеспечению личной безопасности; или

- 4.1.3. умышленные действия Застрахованного лица, приведшие к телесному повреждению или заболеванию; или
- 4.1.4. получение травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления; или
- 4.1.5. участие Застрахованного лица в драке, ссоре или в любом нарушении общественного порядка либо участие Застрахованного лица в их прекращении, кроме случаев самообороны и в случаях, когда Застрахованное лицо становится жертвой нападения или нарушения общественного порядка; или
- 4.1.6. участие Застрахованного лица в подготовке или осуществлении уголовного преступления; или
- 4.1.7. диагностика, лечение или реабилитация по поводу алкоголизма, употребления наркотиков, химических средств; по поводу алкогольного отравления; по поводу отравления психотропной, наркотической или галлюциногенной субстанцией, а также по поводу любого медицинского состояния, возникшего как следствие вышеуказанных обстоятельств; или
- 4.1.8. сдача анализов, получение прививок или прохождение профессионального осмотра, требуемых при приеме на работу или требующихся время от времени согласно нормативам, установленным законом или работодателем, либо требуемых для занятий спортом, посещения школ, при путешествиях, кроме случаев, предусмотренных Программой; или
- 4.1.9. исследования и медицинские манипуляции в связи с синдромом апноэ (внезапной остановки дыхания во сне) и с исследованиями сна; или
- 4.1.10. курсы лечения, семинары или его обращения за помощью в связи с отказом от курения, даже если это рекомендовано лечащим врачом; или
- 4.1.11. курс диеты или консультации, либо участие в мероприятиях, направленных на снижение его веса; или
- 4.1.12. медицинские манипуляции по лечению ожирения (включая, но не ограничиваясь этим, обходной желудочный анастомоз, баллонирование желудка, уменьшение объема желудка, наложение обходного еюноилеального анастомоза и другие подобные процедуры и их осложнения); или
- 4.1.13. использование препарата «Виагра» и любых других препаратов и методов, применяемых для лечения нарушений эрекции, стимулирующих потенцию, сексуальное влечение; или
- 4.1.14. учебный курс подготовки к беременности и (или) родам; или
- 4.1.15. обрезание, кроме случаев, когда это необходимо с медицинской точки зрения и согласовано в рамках процедуры предварительной авторизации; или
- 4.1.16. консультирование по поводу генетических болезней, соответствующие тесты и скрининги; или
- 4.1.17. нахождение в наркотическом или токсическом опьянении; нахождение в состоянии алкогольного опьянения с уровнем содержания алкоголя в крови 2,5 промилле или выше; или

- 4.1.18. травма, полученная в результате дорожно-транспортного происшествия, если в этот момент Застрахованное лицо находилось за рулем автомобиля и при этом уровень алкоголя в крови и моче оказался выше уровня, допустимого для поездок на автомобиле в стране возникновения дорожно-транспортного происшествия; или
- 4.1.19. травма или заболевание, полученное в результате заключенного Застрахованным пари или спора; или
- 4.1.20. занятие спортом в качестве профессионала; или
- 4.1.21. занятие экстремальным видом спорта; или
- 4.1.22. занятие опасным видом спорта, в случае, когда Застрахованный пренебрег мерами предосторожности, безопасности, профилактики; или
- 4.1.23. самолечение (без предписания врача) или прием лекарственных средств без назначения врача; или
- 4.1.24. экспериментальные методы лечения; или
- 4.1.25. омолаживающие процедуры, СПА-процедуры, нахождение на диетическом курорте / рекреации; или
- 4.1.26. медицинская реабилитация, кроме случая, когда она рекомендована Врачом после покрываемого Программой лечения, согласована со Страховщиком и начинается в течение 5 дней после соответствующей госпитализации; или
- 4.1.27. нахождение в доме престарелых, специализирующемся не на оказании медицинской помощи, а преимущественно на уходе за престарелыми, их образовательной и реабилитационной поддержке; или
- 4.1.28. лечение членом его семьи, даже если он является дипломированным врачом; или
- 4.1.29. стоматологическая помощь и протезирование; или
- 4.1.30. беременность, роды и уход за новорожденным; или
- 4.1.31. операция кесарево сечение по желанию; или
- 4.1.32. стерилизация или бесплодие; или
- 4.1.33. использование контрацептивов и методов для предотвращения зачатия и беременности; или
- 4.1.34. аборт, кроме случаев медицинской необходимости для спасения матери; или
- 4.1.35. косметические и (или) эстетические процедуры, кроме восстановительного лечения после несчастного случая; или
- 4.1.36. операции по коррекции зрения (кератэктомия и кератотомия, включая методы «ЛАСИК» и «ЛАСЕК»), кроме случаев рефракционного заболевания роговицы (в этом случае хирургия покрывается аналогично другим хирургическим операциям, если они предусмотрены Программой); или
- 4.1.37. коррекционное обучение; или
- 4.1.38. операция по изменению пола, подготовка к ней и связанное с изменением пола лечение; или
- 4.1.39. облысение Застрахованного лица, подбор и изготовление парика и/или вживление волос и все виды лечения выпадения волос; или
- 4.1.40. предшествующие медицинские состояния или связанные с ними побочные

медицинские состояния; или

4.1.41. соответствующая медицинская помощь оказывается до начала срока страхования или после даты его окончания; или

4.1.42. получение медицинских и иных услуг, не предусмотренных Договором страхования и Программой страхования; или

4.1.43. получение медицинской помощи, не назначенной лечащим врачом либо не являющейся необходимой с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания; или

4.1.44. получение медицинских и иных услуг в медицинских организациях, не предусмотренных Договором страхования и не согласованных Страховщиком; или

4.1.45. заболевание диагностировано или его лечение проводилось врачом, не имеющим необходимой квалификации; или

4.1.46. нарушение здоровья Застрахованного лица, прямо или косвенно связанное с ВИЧ-инфицированием или с венерическим заболеванием; или

4.1.47. нарушение здоровья Застрахованного лица имеет место во время исполнения судебного акта и (или) во время пребывания в местах лишения свободы, или в период нахождения его под стражей, или во время осуществления следственных мероприятий.

4.2. В случае если медицинское учреждение оказало медицинские услуги, впоследствии не признанные страховым случаем, или Страховщик оплатил стоимость медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу, впоследствии не признанных страховым случаем, Страховщик вправе потребовать от Страхователя (Застрахованного лица) оплатить медицинскому учреждению или возместить Страховщику стоимость оказанных или оплаченных услуг. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан внести указанную сумму в течение одного месяца с даты предъявления такого требования на счет медицинского учреждения или Страховщика. В случае невыполнения данного существенного условия, Страховщик имеет право потребовать взыскания понесенных Страховщиком убытков в судебном порядке.

5. Заключение договора страхования

5.1. Договор заключается на срок 12 месяцев, если иной срок не согласован его сторонами. Договор заключается без обследования и/или медицинского освидетельствования принимаемого на страхование лица, если иное не предусмотрено договором страхования.

При заключении Договора страхования Страховщик вправе провести обследование Застрахованного лица для оценки фактического состояния его здоровья в следующих случаях:

- наличия отягощенного анамнеза;
- наличия хронических заболеваний;
- наличия отклонений от нормы в предоставленных анализах;
- наличия заболеваний на момент заключения договора страхования;
- наличия группы инвалидности;
- если принимаемое на страхование лицо старше 50 лет;
- если страховая сумма более 10 000 000 рублей на одно Застрахованное лицо.

Дата, время и место, а также порядок проведения обследования согласовывается с Застрахованным лицом.

Заключение Договора страхования без обследования и/или медицинского освидетельствования принимаемого на страхование лица, не освобождает Страхователя/Застрахованного лица от сообщения достоверных данных о состоянии здоровья лица, принимаемого на страхование, и не лишает Страховщика права на оспаривание договора при выявлении факта сообщения заведомо ложных сведений о состоянии здоровья Застрахованного лица.

5.2. Для заключения Договора заявитель направляет Страховщику и (или) назначенному Страховщиком Администратору письменное заявление установленной формы либо иным допустимым способом заявляет о своем намерении заключить Договор.

5.3. Для оценки страхового риска Страховщик вправе требовать:

5.3.1. заполнения лицом, заявленным на страхование, анкеты установленной формы;

5.3.2. предоставления выписки из амбулаторной карты / истории болезни лица, заявленного на страхование.

Проведения медицинских обследований каждого принимаемого на страхование лица для оценки фактического состояния его здоровья в соответствии с п. 2 статьи 945 Гражданского кодекса Российской Федерации. В случае если Страховщик потребовал прохождения медицинского обследования для оценки страхового риска, Договор страхования может быть заключен только после исполнения Страхователем (Застрахованным) указанных требований.

Если по какой-либо причине лицо, заявленное на страхование, отказывается предоставить Страховщику информацию о состоянии своего здоровья, от заполнения анкеты, от предоставления выписки из истории болезни / медицинской карты, то такие действия считаются отказом данного лица от заключения Договора.

5.3.3. заполнения Страхователем или лицом, заявленным на страхование, анкеты клиента — публичного лица или его родственника;

5.3.4. предоставления Страхователем сведений об объеме страховых выплат / статистике страховых случаев за последние три года, предшествующие направлению Страховщику заявления на страхование, если группа лиц, заявленных на страхование, ранее была застрахована у другого страховщика по программе медицинского страхования;

5.3.5. от Страхователя указать лица среди заявленных на страхование, у которых имеется предшествующее медицинское состояние из списка, приведенного в п. 5.6 Правил, а также лица, являющиеся инвалидами, и лица, которые не являются активно работающими по состоянию на дату начала действия страхования, с указанием причин такого статуса, если они известны Страхователю, и предполагаемых дат возвращения работников в статус активно работающих. Требования настоящего пункта не применяются в случае заключения очередного Договора в отношении тех же работников Страхователя при их непрерывном страховании.

5.4. На основании информации, заявленной в анкете, и с учетом действующего законодательства, Страховщик вправе установить для вышеуказанного лица

дополнительные исключения из страхового покрытия либо иные особые условия страхования, установить повышенный страховой тариф или принять заявленное на страхование лицо без каких-либо особых условий страхования. Для оценки страхового риска Страховщик вправе пригласить Медицинского консультанта.

- 5.5. Лица старше 65 лет принимаются на страхование в порядке, указанном в пп. 3.6 и 5.4 Правил, за исключением случаев заключения очередных Договоров и их непрерывного страхования.
- 5.6. Лицо, имеющее на момент заключения Договора или перенесшее ранее любое из нижеперечисленных заболеваний, состояний или статусов, может быть застраховано только с согласия Страховщика при условии, что о наличии у данного лица соответствующего заболевания, состояния или статуса Страховщик был письменно уведомлен лицом, заявленным на страхование, или Страхователем до заключения Договора, и при условии, что Страховщик подтвердил принятие данного лица на страхование:
- i) установленное на момент подачи заявления на страхование или перенесенное в течение пяти лет, непосредственно предшествующих этому моменту, онкологическое заболевание;
 - ii) любой вид опухоли или кисты головного мозга и других внутримозговых структур, костей черепа, придаточных пазух, или спинного мозга;
 - iii) с диагнозом лейкемии или любого заболевания крови, требующего лечения сроком не менее одного месяца (например анемия, лимфома, миелома, нарушение свертываемости крови, гемофилия или повышенная кровоточивость сосудов и т. д.);
 - iv) установленное на момент подачи заявления на страхование или перенесенное в течение пяти лет, непосредственно предшествующих этому моменту, заболевание сердца (например стенокардия, кардиосклероз, кардиомиопатия, перенесенный инфаркт миокарда или иной сердечный приступ, заболевания (включая пороки) клапанов сердца, шумы в сердце, ревматизм, ишемическая болезнь сердца, установленный кардиостимулятор;
 - v) заболевание, относящееся к классу врожденных аномалий, деформаций и хромосомных нарушений и (или) связанных с ними осложнений;
 - vi) системное поражение соединительной ткани, в т. ч. все недифференцированные коллагенозы;
 - vii) заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа;
 - viii) состояние ожирения, при котором индекс массы тела превышает 37,0 (индекс массы тела рассчитывается как отношение массы тела человека (в килограммах) к квадрату его роста (в метрах)), а также состояние дефицита массы тела, при котором индекс массы тела не достигает 18,5;
 - ix) любая форма диабета; инсульт или кровоизлияние в мозг; психическое расстройство и расстройство поведения; детский церебральный паралич; туберкулез; хронический гепатит В, С, Е, F, G, аутоиммунный; инвалидность; СПИД/ВИЧ; амиотрофический латеральный склероз (болезнь Шарко); болезнь Альцгеймера; болезнь Аддисона; аневризма любого сосуда; анкилозирующий спондилит; атаксия; аутизм; церебральный паралич; цирроз печени; фиброз мочевого пузыря; синдром Дауна; любые заболевания в декомпенсированной форме (не поддающиеся контролю); нарушения, связанные с приемом пищи;

гемохроматоз; любой вид гемофилии; системная красная волчанка; системный атеросклероз; миастения гравис; состояние после трансплантации органов; болезнь Паркинсона; распространенный поликистоз почек; полимиозит; синдром Рейтера; саркоидоз; шизофрения; болезнь Виллебранда; болезнь Вильсона; кретинизм; энцефалопатия; эпилепсия; гидроцефалия; сирингомиелия; сифилис; алкоголизм; рассеянный склероз; мышечная дистрофия; облитерирующий тромбангиит; аорто-коронарное шунтирование; застойная сердечная недостаточность; артрит, в том числе ревматоидный; бронхоэктатическая болезнь; эмфизема легких; хроническая обструктивная болезнь легких; тромбоэмболия легочной артерии; пневмокониоз; нефротический синдром; поликистоз почек; фибромиалгия; хронический пиелонефрит; полицитемия; склеродермия; синдром Рейно; болезнь Вагнера; болезнь Ходжкина; болезнь Хантингтона; болезнь Паджета; болезнь Паркинсона; болезнь Линдау; микросомия; тетрада Фалло;

- х) все состояния, в связи с которыми на момент подачи заявления на страхование идет обследование.

Указанное условие является существенным согласно ст. 432 Гражданского кодекса РФ, и в случае его несоблюдения в отношении такого Застрахованного лица Страховщик вправе потребовать признания Договора недействительным полностью или в части в судебном порядке на основании ст. 944 Гражданского кодекса РФ.

5.7. В Договоре указываются:

- 5.7.1. субъекты страхования;
- 5.7.2. Программа страхования, включая страховые суммы, лимиты, франшизы и, при необходимости, перечень или уровень медицинских учреждений, а также иная необходимая информация;
- 5.7.3. особые условия страхования, если они предложены Страховщиком по результатам оценки состояния здоровья Застрахованного лица и иных факторов, влияющих на степень страхового риска;
- 5.7.4. размер и порядок уплаты страховой премии;
- 5.7.5. срок действия Договора и срок страхования.

5.8. Существенными условиями Договора являются обстоятельства, о которых Страхователя и (или) лицо, заявленное на страхование, спрашивают в заявлении на страхование и/или анкете при заключении Договора или которые зафиксированы в условиях страхования или в Договоре. Все сведения, получаемые от Страхователя и Застрахованного лица в письменной форме при заключении Договора и в связи с ним, признаются его существенными условиями.

5.9. Заключая Договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает свое согласие на обработку Страховщиком, Администратором и их партнерами (например, Ассистанской компанией, Перестраховщиком) их персональных данных для осуществления международного медицинского страхования, в т. ч. в целях проверки качества оказания медицинских услуг и урегулирования убытков по Договору, его администрирования, выявления фальсификации счетов или счетов ненадлежащей формы, получаемых из медицинских учреждений, и др.

Под персональными данными в рамках настоящих Правил понимается:

- имя, отчество, фамилия;

- год, месяц, дата рождения;
- место рождения;
- пол;
- сведения о месте регистрации и фактического проживания;
- контактные данные (номер телефона, e-mail);
- реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения);
- идентификационный номер налогоплательщика;
- реквизиты банковского счета;
- семейное положение;
- социальное положение;
- имущественное положение;
- сведения о трудовой деятельности;
- образование;
- доходы;
- сведения о состоянии здоровья;
- сведения, составляющие врачебную тайну, к которым в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ отнесены сведения о факте обращения Застрахованного за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, о перечне медицинских учреждений, в которые Застрахованный обращался за медицинской помощью, и иная информация, необходимая для решения вопроса о страховой выплате.

Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Во исполнение обязательств по Договору Страховщик также вправе передавать персональные данные Застрахованных лиц Администратору, врачам, медицинским и иным учреждениям, предусмотренным Договором страхования, а также партнерам Страховщика, с которыми у последнего заключены соглашения о конфиденциальности (в частности, но не ограничиваясь компаниям: ООО «Медицинская компания «МЕДКОРП», юридический адрес 115114, город Москва, наб. Дербеневская, д.7, стр. 22 эт./пом. 4/XIII, ОГРН 1027739515847, ИНН 7706181640; АО «Ренессанс Здоровье», юридический адрес: 115114, город Москва, Дербеневская набережная, дом 7 строение 22, этаж/пом 3/XII, ОГРН 1057748388378, ИНН 7710601270) и получать от указанных учреждений и партнеров Страховщика данные о Застрахованных лицах. При этом врачи, вышеуказанные учреждения и партнеры Страховщика освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в отношении персональных данных Застрахованных лиц. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с письменного согласия Застрахованного лица.

Страхователь несет персональную ответственность за предоставление согласия Застрахованных лиц на обработку их персональных данных и обязан получать от

каждого Застрахованного лица Согласие на получение Страховщиком сведений, составляющих врачебную тайну, и обработку Страховщиком их персональных данных по форме, установленной в Приложении № 9 к настоящим Правилам. В случае изменения списка Застрахованных лиц (принятия на страхование новых лиц) по Договору страхования Страхователь обязан также получить письменные Согласия от новых Застрахованных лиц.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных полностью или в части информирования о других продуктах и услугах путем направления письменного заявления Страховщику способом, позволяющим достоверно установить дату получения данного заявления Страховщиком.

В случае полного отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных действие Договора страхования в отношении такого лица прекращается с даты получения Страховщиком соответствующего заявления и заявления Страхователя об отказе от Договора.

5.10. Соглашения об изменении и досрочном прекращении действия Договора страхования по соглашению сторон оформляются путем составления единого документа, подписанного обеими сторонами Договора страхования.

5.11. Договор страхования вступает в силу с даты начала срока страхования, указанной в Договоре, при условии уплаты страховой премии (первого предусмотренного Договором страхового взноса) в порядке и сроки, установленные Договором, если Договором не установлено иное.

5.11.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования, в случае неоплаты Страхователем всей суммы страховой премии (если страховая премия оплачивается единовременно) или первого страхового взноса (если производится рассроченный платеж страховой премии), или оплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса) в размере меньшем, чем установлено Договором страхования, Договор страхования считается не вступившим в силу и Стороны не несут по нему обязательств. Денежные средства, оплаченные в размере меньшем, чем установлено Договором страхования для оплаты всей суммы страховой премии (если страховая премия оплачивается единовременно) или первого страхового взноса (если производится рассроченный платеж страховой премии), считаются ошибочно оплаченными и подлежат возврату лицу, оплатившему их. Возврат ошибочно оплаченных денежных средств осуществляется по письменному заявлению Страхователя в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком заявления Страхователя.

5.11.2. При оплате страховой премии в рассрочку, в случае неоплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленный Договором страхования срок, или оплаты очередного страхового взноса в размере меньшем, чем установлено Договором страхования, Договор страхования прекращает свое действие по истечении оплаченного периода, указанного в Договоре страхования, если иное не предусмотрено договором страхования, о чем Страховщик письменно уведомляет Страхователя путем направления в адрес Страхователя соответствующего уведомления о прекращении Договора страхования. Денежные средства, оплаченные в размере меньшем, чем установлено Договором страхования для оплаты очередного страхового взноса, а также оплаченные после даты, установленной в качестве даты оплаты очередного страхового взноса, считаются ошибочно оплаченными и

подлежат возврату лицу, оплатившему их наличными денежными средствами или в безналичном порядке. Возврат ошибочно оплаченных денежных средств осуществляется по письменному заявлению Страхователя в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком заявления Страхователя; Договором могут быть установлены иные последствия неоплаты очередного страхового взноса;

5.11.3. Оплаченный период страхования по договору страхования, срок действия которого составляет 1 год (365 дней), если иное не предусмотрено в договоре страхования составляет:

- при уплате страховой премии двумя взносами первый оплаченный период страхования составляет 6 (шесть) месяцев, второй – 6 (шесть) месяцев;
- при уплате страховой премии четырьмя взносами каждый оплаченный период страхования составляет 3 (три) месяца;
- при уплате страховой премии двенадцатью взносами каждый оплаченный период страхования составляет 1 (один) месяц.

5.12. Страхование, обусловленное Договором, распространяется на страховые случаи, произошедшие после вступления Договора страхования в силу, если в Договоре страхования не предусмотрен иной срок действия страхования.

5.13. Особенности принятия ребенка на страхование

5.13.1. Если иное не предусмотрено Договором, в случае если заявленный на страхование ребенок является рожденным в результате каких-либо медицинских манипуляций по стимулированию наступления беременности или лечению бесплодия или рожден суррогатной матерью, или является усыновленным/удочеренным, то в отношении такого ребенка начало срока страхования может быть установлено в Договоре только по истечении первых 90 дней его жизни, с учетом соблюдения всех остальных положений настоящего раздела Правил.

5.13.2. Если заявленный на страхование ребенок не является рожденным в результате каких-либо медицинских манипуляций по стимулированию наступления беременности или лечению бесплодия, не рожден суррогатной матерью, не является усыновленным/удочеренным, то применяются следующие положения.

В рамках действующего Договора Страхователь имеет право включить в список Застрахованных лиц новорожденного ребенка с первого дня его жизни, если соблюдены все нижеперечисленные условия:

- i) один из родителей ребенка является Застрахованным лицом по Договору непрерывно в течение не менее 10 месяцев до дня рождения ребенка;
- ii) заявление на страхование ребенка получено Страховщиком в течение первых 30 дней жизни ребенка;
- iii) Страхователь уплатил за такого ребенка страховую премию, при этом Страхователь освобождается от обязанности сообщить Страховщику сведения о состоянии здоровья новорожденного ребенка.

5.13.3. Если иное не предусмотрено Договором, страхование ребенка вступает в силу не с первого дня его жизни, а со дня, определяемого с учетом соблюдения всех положений настоящего раздела Правил,

- i) если никто из родителей ребенка не является Застрахованным лицом по Договору непрерывно в течение не менее 10 месяцев до дня рождения ребенка; или
- ii) если один из родителей ребенка является Застрахованным лицом по Договору непрерывно в течение не менее 10 месяцев до дня рождения ребенка, но ребенок заявлен на страхование после истечения первых 30 дней со дня его рождения.

5.13.4. Стороны заключают дополнительное соглашение к Договору, подтверждающие изменение списка Застрахованных лиц.

5.14. При заключении Договора Страхователь предоставляет Страховщику сведения и/или документы:

5.14.1. Если Страхователь — физическое лицо:

- фамилия;
 - имя;
 - отчество;
 - гражданство;
 - дата и место рождения;
 - адрес регистрации;
 - адрес места проживания;
 - реквизиты документа, удостоверяющего личность: наименование документа, серия, номер и дата выдачи паспорта, название органа и код подразделения, выдавшего документ;
 - ИНН (при наличии);
 - информация о страховом номере индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии) — СНИЛС;
 - отношение к иностранному публичному должностному лицу, должностному лицу публичных международных организаций, а также лицам, замещающим (занимающим) государственные должности РФ, должности членов Совета директоров Центрального банка РФ, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в Центральном банке РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ; должность страхователя к перечисленным выше лицам, наименование и адрес работодателя; степень родства либо статус к указанным в данном абзаце лицам.
- **Дополнительно в отношении иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории РФ:**
 - 1) данные миграционной карты (в случае если необходимость наличия миграционной карты предусмотрена законодательством Российской Федерации):
 - номер карты;
 - дата начала срока пребывания в РФ;

- дата окончания срока пребывания в РФ.
- 2) данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации (если наличие указанных данных предусмотрено законодательством Российской Федерации)¹:
 - серия (если имеется) и номер документа;
 - дата начала срока действия права пребывания (проживания);
 - дата окончания срока действия права пребывания (проживания).
- **Дополнительно для ИП:**
 - основной государственный регистрационный номер;
 - место регистрации;
- сведения о бенефициарных владельцах Страхователя в объеме сведений, предусмотренных для физ. лиц (п. 5.14.1) — в случае если имеются основания полагать, что бенефициарным владельцем является не сам Страхователь, а иное физическое лицо.

5.14.2. Если Страхователь — юридическое лицо:

- наименование организации, с указанием организационно-правовой формы и страны регистрации;
- ИНН или код иностранной организации Страхователя;
- юридический адрес (адрес места нахождения);
- фактический адрес;
- номера телефона, факса, других средств связи;
- основной государственный регистрационный номер согласно свидетельству о государственной регистрации юридического лица либо свидетельству о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц — для юридических лиц, зарегистрированных в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- место государственной регистрации;
- номер записи об аккредитации филиала, представительства иностранного юридического лица в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц, регистрационный номер юридического лица по месту учреждения и регистрации — для нерезидента;
- сведения об органах юридического лица (структура и персональный состав органов управления юридического лица, за исключением сведений о персональном составе акционеров (участников) юридического лица,

¹ Документами, подтверждающими право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ, являются:

- вид на жительство;
- разрешение на временное пребывание;
- виза;
- иной документ, подтверждающий в соответствии с законодательством РФ право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ.

владеющих менее чем одним процентом акций (долей) юридического лица;

- банковский идентификационный код — для кредитных организаций — резидентов;
- коды ОКПО, ОКАТО (при наличии);
- сведения о лицензии на право осуществления деятельности, подлежащей лицензированию: вид, номер, дата выдачи лицензии, кем выдана, срок действия, перечень видов лицензируемой деятельности;
- сведения о бенефициарных владельцах Страхователя в объеме сведений, предусмотренных для физ. лиц (п. 5.14.1).

5.14.3. Если Страхователь — иностранная структура без образования юридического лица:

- наименование, фирменное наименование на русском языке (полное и (или) сокращенное) и (или) на иностранных языках (при наличии);
- регистрационный номер (номера), присвоенный иностранной структуре без образования юридического лица в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) при регистрации (инкорпорации) (при наличии);
- код (коды) иностранной структуры без образования юридического лица в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) в качестве налогоплательщика (или их аналоги) (при наличии);
- место государственной регистрации (местонахождение);
- место ведения основной деятельности;
- структура и персональный состав органов управления иностранной структуры без образования юридического лица (при наличии);
- состав имущества, находящегося в управлении (собственности), фамилия, имя и отчество (при наличии) (наименование) и адрес места жительства (места нахождения) учредителей и доверительного собственника (управляющего) — для трастов и иных иностранных структур без образования юридического лица с аналогичной структурой или функцией;
- сведения о бенефициарных владельцах Страхователя в объеме сведений, предусмотренных для физ. лиц (п. 5.14.1).

5.14.4. Для всех категорий Страхователей:

- документ, удостоверяющий личность представителя Страхователя, доверенность или иной документ, свидетельствующий о наличии и объеме полномочий представителя Страхователя (наименование, дата выдачи, срок действия, номер документа, на котором основаны полномочия);
- сведения о представителе в объеме сведений, предусмотренных для физ. лиц (п. 5.14.1);
- сведения о выгодоприобретателях в объеме сведений, предусмотренных для физ. лиц, юр. лиц, иностранной структуры без образования юридического лица;
- сведения о финансовом положении, деловой репутации, целях

финансово-хозяйственной деятельности; об источниках происхождения денежных средств и (или) иного имущества;

- номера телефонов, факсов, иная контактная информация (при наличии).

6. Страховая сумма

- 6.1. Страховая сумма по Договору устанавливается исходя из предполагаемого объема медицинской помощи (перечня и стоимости медицинских и иных услуг, в том числе стоимости лекарственных средств и изделий медицинского назначения), предусмотренной Программой. Страховая сумма устанавливается для каждого Застрахованного лица.

В этом случае общая страховая сумма по Договору страхования определяется путем суммирования индивидуальных страховых сумм по каждому Застрахованному лицу.

- 6.2. Договором может быть предусмотрена страховая сумма по Программе в целом и/или по отдельным заболеваниям или видам медицинской помощи, входящим в Программу. Также Договором могут быть предусмотрены лимиты страховых выплат по каждому страховому случаю или по всем случаям, на весь срок страхования либо на его часть, в отношении определенных состояний или заболеваний, существующих у Застрахованного лица на момент заключения Договора страхования или возникших (обострившихся, осложнившихся) в период действия Договора страхования, определенных видов медицинских исследований и манипуляций и т. д.
- 6.3. Установленная Договором страховая сумма является предельным размером выплаты страхового возмещения по всем страховым случаям, произошедшим в течение действия Договора страхования по конкретной Программе, виду помощи или заболеванию (если отдельные страховые суммы по видам помощи или заболеваниям предусмотрены Договором).
- 6.4. Договор страхования в отношении Застрахованного лица считается исполненным Страховщиком в полном объеме в части отдельной Программы или в целом с момента, когда страховые выплаты по Договору страхования достигнут размера страховой суммы.
- 6.5. Страховая сумма по соглашению сторон может устанавливаться как в российских рублях, так и в иностранной валюте.

7. Страховой тариф. Страховая премия

- 7.1. При заключении Договора страхования Страховщик определяет размер страховой премии, которую должен уплатить Страхователь. Страховая премия определяется Страховщиком в соответствии с действующими на момент заключения Договора страхования страховыми тарифами с учетом:
- 7.1.1. запрошенного объема страхового покрытия (компоненты Программы, страховые суммы, франшизы, исключения и т. п.);
 - 7.1.2. количества лиц, заявленных на страхование, их пола, возраста, профессии и территории преимущественного проживания;
 - 7.1.3. статистики страховых случаев по заявленному на страхование коллективу, если таковая имеется;
 - 7.1.4. ценовой категории медицинских учреждений и их географии;

- 7.1.5. состояния здоровья лиц, заявленных на страхование, по результатам медицинского анкетирования и, при необходимости, дополнительного медицинского обследования;
- 7.1.6. территории страхования.
- 7.2. Страховые тарифы могут быть индивидуальными по каждому Застрахованному лицу, или может быть применен единый страховой тариф для всех Застрахованных лиц, рассчитанный с учетом единых признаков, характеризующих степень риска наступления страховых случаев с определенным контингентом Застрахованных лиц.
- 7.3. Страховщик вправе установить минимальный и максимальный размер страховой премии.
- 7.4. Страховая премия может быть уплачена единовременно за весь период страхования или в рассрочку.
- 7.5. При определении размера страховой премии Страховщик вправе применять повышающие и понижающие коэффициенты к базовым тарифам, в зависимости от степени страхового риска. Для его оценки Страховщик может использовать экспертное мнение Администратора и Перестраховщика.
- 7.6. При заключении Договора страхования Страховщик и Страхователь, при условии применения к тарифной ставке соответствующих коэффициентов, вправе договориться об объеме медицинской помощи в рамках Программы путем дополнения/сокращения перечня организуемых и оплачиваемых Страховщиком медицинских и иных услуг, включаемых в конкретную Программу, а также о названии конкретной Программы, отражающей вид, объем и порядок предоставляемой Застрахованному лицу медицинской помощи.
- 7.7. Если Договором страхования не установлено иное, льготный период продолжительностью 60 (шестьдесят) календарных дней предусматривается для уплаты первого и очередного страховых взносов. Если Договором страхования не установлено иное, по Договору, где Страхователем является физическое лицо или индивидуальный предприниматель, льготный период отсутствует для первого страхового взноса, но применяется для очередного страхового взноса продолжительностью 60 (шестьдесят) календарных дней.
- 7.8. Уплата страховой премии в полном объеме и в срок, предусмотренный Договором, является одной из обязанностей Страхователя по Договору. Если иное не предусмотрено Договором, банковские расходы, связанные с платежами по Договору, оплачиваются плательщиком.
- 7.9. Страховая премия может быть уплачена безналичным перечислением на расчетный счет Страховщика или наличными денежными средствами.
- 7.10. При уплате страховой премии в безналичной форме Страхователь обязан в платежном поручении ссылаться на номер и дату счета, на основании которого производится уплата страховой премии, и номер договора страхования, по которому уплачивается страховая премия.
- 7.11. Если в течение срока действия коллективного Договора численность застрахованных лиц уменьшается более чем на 20 % по сравнению с первоначальной, или если от Страховщика требуется изменить какие-либо параметры Программы или перевести Застрахованное лицо с одной Программы на другую, Страховщик вправе

потребовать доплаты страховой премии и/или изменения условий страхования соразмерно увеличению риска.

- 7.12. Страхователь или Застрахованное лицо обязаны информировать Страховщика о факторах существенного увеличения степени страхового риска. Данная информация должна быть заявлена Страховщику незамедлительно (но не позднее 30 календарных дней) с даты вышеуказанных изменений. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора в соответствии с правилами, предусмотренными главой 29 Гражданского кодекса Российской Федерации.

8. Территория страхования

- 8.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования, основной территорией страхования является:

8.1.1. Территория I: Европа, кроме Швейцарии и Великобритании, а именно: Россия, Албания, Андорра, Армения, Австрия, Азербайджан, Беларусь, Бельгия, Босния и Герцеговина, Болгария, Ватикан, Хорватия, Кипр, Чехия, Дания, Эстония, Финляндия, Франция, Грузия, Германия, Греция, Венгрия, Исландия, Ирландия, Италия, Казахстан, Косово, Кыргызстан, Латвия, Лихтенштейн, Литва, Люксембург, Македония, Мальта, Молдавия, Монако, Черногория, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Румыния, Сан-Марино, Сербия, Словакия, Словения, Таджикистан, Туркменистан, Испания, Швеция, Турция, Узбекистан, Украина; или

8.1.2. Территория II: весь мир, кроме США; или

8.1.3. Территория III: весь мир.

- 8.2. Покрытие за пределами основной территории страхования

Расходы по оказанию медицинской помощи Застрахованному лицу, являющиеся прямым следствием несчастного случая или неотложного медицинского состояния, подлежат возмещению аналогично тому, как если бы они возникли в пределах основной территории страхования, при соблюдении следующих условий:

- Застрахованное лицо совершает либо деловую поездку, либо проводит свой отпуск за пределами основной территории страхования;
- суммарное число дней страхования, действующего за пределами основной территории страхования, ограничено и устанавливается в Договоре;

однако,

если соответствующее заболевание уже существовало до поездки за пределы основной территории страхования, то обращение Застрахованного лица за медицинской помощью в связи с данным заболеванием не будет являться страховым случаем.

Обращение Застрахованного лица за медицинской помощью за пределами основной территории страхования в связи с беременностью и/или родами (включая осложнения) не будет являться страховым случаем.

- 8.3. Покрытие на случай экстренной медицинской эвакуации и репатриации действует по

всему миру. Служба поддержки обязана предпринять все возможное для организации и оплаты связанных с экстренной эвакуацией или репатриацией медицинских и медико-транспортных услуг, препаратов и медицинских товаров и средств, являющихся необходимыми с медицинской точки зрения, однако ответственность Службы поддержки ограничена наличием физических и технических возможностей, доступных в той или иной ситуации/местности, для организации экстренной эвакуации или репатриации. Также действия Службы поддержки не могут противоречить государственному или международному законодательству и требованиям, установленным местными компетентными органами. Лицо, привлеченное для организации экстренной эвакуации или репатриации, освобождается от ответственности за не организацию данных услуг, если Застрахованное лицо, по мнению данного лица, находится в регионе, где существует риск военных действий либо действуют политические ограничения или иные условия, в результате которых организация экстренной эвакуации или репатриации оказывается невозможной.

9. Порядок организации медицинской помощи

- 9.1. Страхователь и Застрахованное лицо вправе требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и ее оплаты в соответствии с условиями Договора страхования. Если Страхователь или Застрахованное лицо не довольны качеством лечения или оказанной медицинской услуги либо считают ее оказанной не в полном объеме или не оказанной, то соответствующая жалоба должна быть направлена в первую очередь Администратору — письмом по обычной или электронной почте. В случае неудовлетворенности ответом Администратора жалоба может быть направлена Страховщику.
- 9.2. Для получения предусмотренной Договором страхования медицинской помощи Застрахованное лицо обращается в Службу поддержки / Ассистанскую компанию / медицинский пулът или в любое медицинское учреждение, расположенное на территории страхования, предусмотренной Договором страхования, соблюдая требования о предварительной авторизации, предусмотренные Договором.
- 9.3. Если Застрахованное лицо требует организации ему медицинской консультации, обследования, лечения или проведения хирургической операции в конкретном медицинском учреждении, либо если Застрахованное лицо самостоятельно организует себе консультацию, обследование, лечение или операцию, то, независимо от их фактической стоимости для Застрахованного лица, Страховщик возместит данные расходы только в той части, в которой они являются обоснованными и общепринятыми.
- 9.4. Предварительная авторизация
 - 9.4.1. Предварительной авторизацией является получение согласия от Службы поддержки на планируемые действия со стороны Застрахованного лица, его лечащего врача или законного представителя в связи с медицинским состоянием Застрахованного лица. Предварительная авторизация необходима для того, чтобы Служба поддержки могла оказать помощь в организации услуг, являющихся необходимыми с медицинской точки зрения, контролировать качество лечения и его стоимость.
 - 9.4.2. Для целей Договора предварительная авторизация является одним из существенных условий признания случая страховым в следующих ситуациях:

- i) при помещении Застрахованного в стационар по любым видам покрытий, включенных в Программу, предусматривающих возможность такого помещения;
- ii) при любой медицинской манипуляции, предполагающей общую анестезию;
- iii) при прохождении Застрахованным предоперационного обследования;
- iv) при переходе на домашний уход (когда Застрахованному требуется более 4 посещений со стороны медицинской сестры);
- v) при помещении в хоспис;
- vi) при лечении ВИЧ/СПИДа;
- vii) при лечении на территории США;
- viii) при любом медицинском состоянии, стоимость лечения которого превышает эквивалент восьми тысяч евро;
- ix) при лечении рака;
- x) при ведении беременности и родовспоможении;
- xi) при необходимости воспользоваться услугами авиационного санитарного транспорта.

9.4.3. Предварительная авторизация должна быть инициирована Застрахованным лицом, его лечащим врачом или законным представителем путем направления в Службу поддержки письменного уведомления по установленной форме не менее чем за 5 календарных дней до предполагаемой даты наступления вышеуказанных событий, кроме случаев неотложного помещения в медицинское учреждение.

9.4.4. Уведомление должно содержать следующую информацию:

- i) диагноз;
- ii) описание требуемого лечения;
- iii) название и адрес медицинского учреждения, где Застрахованному лицу рекомендовано проходить лечение его лечащим врачом;
- iv) ожидаемую продолжительность пребывания в медицинском учреждении;
- v) предполагаемую стоимость лечения.

9.4.5. Если иное не предусмотрено Договором, в случае нарушения условий предварительной авторизации без уважительных причин, указанных в п. 9.6.7, применяется безусловная франшиза в размере 25 % от суммы убытка. Также в случае нарушения условий предварительной авторизации возмещение понесенных расходов не производится и событие не признается страховым случаем, если выяснится, что полученное лечение не было необходимым с медицинской точки зрения.

9.4.6. Предварительная авторизация может иметь ограниченный срок действия и/или действовать в отношении ограниченного перечня медицинских манипуляций. При необходимости получения медицинской помощи, выходящей за рамки, установленные предварительной авторизацией, Застрахованный или лицо, действующее по его поручению, обязаны снова обратиться в Службу поддержки за соответствующей предварительной авторизацией.

- 9.4.7. В случаях экстренной госпитализации Застрахованное лицо или Страхователь, или их доверенные лица обязаны уведомить об этом Службу поддержки (по телефону, по электронной почте или почтой с уведомлением о доставке) до начала госпитализации или в течение первых 48 часов с момента ее начала. Если Застрахованное лицо по уважительной причине (обстоятельства непреодолимой силы, тяжелое физическое состояние, труднодоступное место пребывания, технические неполадки с системой телефонной связи и т. п.) не имело возможности связаться со Службой поддержки в указанный срок, то оно обязано по возможности сообщить о случившемся в Службу поддержки как можно скорее до выписки из медицинского учреждения и уведомить о предполагаемых расходах.
- 9.4.8. Если расходы по экстренной госпитализации были самостоятельно оплачены Застрахованным лицом, Страхователем или их доверенными лицами, то Служба поддержки должна быть информирована об этом в минимально возможный при данных обстоятельствах срок, а за возмещением понесенных расходов необходимо обратиться в Службу поддержки до окончания первых 15 дней с момента возвращения Застрахованного лица к месту его постоянного проживания. При этом Страховщик возместит соответствующие обоснованные и общепринятые расходы, понесенные вышеуказанными лицами самостоятельно, при условии, что оказанное Застрахованному лицу лечение являлось необходимым с медицинской точки зрения.
- 9.4.9. Договором могут быть предусмотрены иные условия по порядку предварительной авторизации.
- 9.5. При планируемом визите в медицинское учреждение Застрахованное лицо вправе обратиться в Службу поддержки с просьбой выпустить для Застрахованного лица гарантийное письмо, по которому медицинское учреждение может получить оплату своих услуг напрямую от Страховщика или Ассистанской компании. В этом случае запрос Застрахованного лица должен поступить предпочтительно не менее чем за 5 (пять) рабочих дней до запланированного визита в медицинское учреждение, чтобы Страховщик или Ассистанская компания смогли предложить данному медицинскому учреждению оплатить предполагаемые расходы в связи с обращением Застрахованного лица — в части, покрываемой страхованием, в том числе с учетом франшизы.
- 9.6. Условия действия страхования на случай экстренной медицинской эвакуации и репатриации
- 9.6.1. Для того чтобы Служба поддержки начала организацию и оплату услуг, предусмотренных Договором, Застрахованное лицо обязуется предоставить Службе поддержки, по ее требованию, право на получение информации от имени Застрахованного лица, имеющей отношение к его запросу, право на получение от Страховщика средств на возмещение понесенных расходов, покрываемых страхованием по Договору, а также согласие Застрахованного лица на возмещение им Службе поддержки расходов, понесенных Службой поддержки для оказания Застрахованному лицу услуг, не покрываемых Договором страхования.
- 9.6.2. Служба поддержки оставляет за собой право решать, каким способом / средством транспорта эвакуация/репатриация будет осуществлена, принимая во внимание все имеющиеся факты и учитывая обстоятельства, о которых Службе поддержки достоверно известно.

- 9.6.3. Служба поддержки начинает медицинскую репатриацию в случае, если это является необходимым с медицинской точки зрения в ситуации, когда Застрахованное лицо находится в жизнеугрожающем медицинском состоянии, и если достоверно установлено, что необходимое лечение не может быть организовано по местонахождению Застрахованного лица; тогда ему будет предложено вернуться в страну его преимущественного проживания, а Служба поддержки организует транспорт и необходимое медицинское сопровождение в разумные сроки.
- 9.6.4. В случае если Застрахованное лицо было экстренно эвакуировано по медицинским показаниям Служба поддержки вправе требовать медицинской репатриации Застрахованного лица в страну его преимущественного проживания, если оно в состоянии перенести эту репатриацию, что должно быть подтверждено лечащим врачом Застрахованного лица.
- 9.6.5. Расходы на транспортировку сопровождающего лица возмещаются исходя из наиболее экономичной стоимости транспортировки и только при условии, что сопровождение является необходимым с медицинской точки зрения.
- 9.6.6. В случае если после медицинской репатриации и проведенного лечения Застрахованное лицо и лицо, сопровождавшее его во время репатриации, желают вернуться в страну, из которой они были репатрированы, Страховщик возместит стоимость их авиаперелета исходя из наиболее экономичной его стоимости.
- 9.6.7. Служба поддержки не даст своего предварительного согласия на экстренную медицинскую эвакуацию или репатриацию, если лечащий врач Застрахованного лица возражает против этого, или если страна репатриации (родина или страна преимущественного проживания) находится вне территории страхования, предусмотренной Договором.

10. Порядок осуществления страховой выплаты

- 10.1. Объем медицинской помощи, оказываемой Застрахованному лицу медицинским учреждением и оплачиваемой Страховщиком по Договору, а также медицинские услуги, которые не оплачиваются Страховщиком, определяются Программой, предусмотренной Договором в отношении Застрахованного лица.
- 10.2. Страховая выплата осуществляется Страховщиком в объеме, предусмотренном Программой, с учетом особых условий, если они предусмотрены Договором.
- 10.3. Страховая выплата по Договору может осуществляться Страховщиком:
 - 10.3.1. в виде оплаты стоимости организованной Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских и иных услуг, а также лекарственных средств или изделий медицинского назначения) непосредственно в медицинское учреждение согласно выставленным счетам;
 - 10.3.2. в виде возмещения Застрахованному лицу его личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи (медицинских и иных услуг, приобретение лекарственных средств, изделий медицинского назначения) на основании предъявленных документов, подтверждающих оказание медицинской помощи Застрахованному лицу и произведенные Застрахованным лицом обоснованные и общепринятые расходы.
- 10.4. Для принятия Страховщиком решения о выплате страхового возмещения

Застрахованному лицу (если Застрахованный не достиг совершеннолетия, то действовать от его имени по Договору может любой из родителей или иной законный представитель) оно обязано в течение 90 дней с момента обращения в медицинское учреждение по событию, обладающему признаками страхового случая, или с момента, когда у Застрахованного появилась физическая возможность заявить о событии, обладающем признаками страхового случая, предоставить Страховщику следующие документы:

- 10.4.1. письменное заявление на получение страхового возмещения по утвержденной форме;
- 10.4.2. направление на оказание медицинской помощи в амбулаторных и/или стационарных условиях, полученное от Врача, а также документы, подтверждающие факт оказания услуг Застрахованному лицу (выписка из истории болезни, выписной эпикриз);
- 10.4.3. оригиналы оплаченных счетов с указанием медицинского учреждения (аптечной или иной организации) и подробного перечня оказанных услуг (лекарственных средств, изделий медицинского назначения) и их стоимости, а также документы по факту оказания услуг (например, договоры на оказание услуг), чеки, квитанции, платежные поручения с отметкой банка о его исполнении;
- 10.4.4. в случае если возмещение связано с компенсацией расходов, понесенных Застрахованным лицом, на приобретение лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения — документы, подтверждающие их назначение лечащим врачом медицинского учреждения, а также документы по факту оплаты приобретения лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения;
- 10.4.5. в случае если возмещение связано с компенсацией расходов, понесенных Застрахованным лицом, на профилактическое медицинское обследование — документы, подтверждающие их назначение семейным врачом (врачом общей практики, терапевтом) и, если необходимо, врачом-специалистом медицинского учреждения, оригиналы оплаченных счетов с указанием медицинского учреждения и подробного перечня оказанных услуг и их стоимости, а также документы по факту оказания услуг (например договоры на оказание услуг), чеки, квитанции, платежные поручения с отметкой банка о его исполнении.
- 10.4.6. в случае если обращение за медицинской помощью обусловлено полученной в результате несчастного случая травмой, Страховщик вправе требовать от Застрахованного лица объяснений обстоятельств несчастного случая (где, когда, каким образом, участники, свидетели, потенциальные виновные) и, при необходимости, официальную справку из правоохранительных и иных компетентных органов, если травмы получены при обстоятельствах, регистрируемых этими органами.
- 10.4.7. документы, предъявляемые на иностранном языке, принимаются Страховщиком без перевода. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т. п.) Страховщик вправе отсрочить принятие решения по данному страховому случаю до предоставления документов надлежащего качества, о чем Страховщик обязан письменно уведомить Застрахованное лицо (Страхователя) с указанием перечня ненадлежащим образом оформленных

документов в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения документов;

10.4.8. в случае визита родственника Застрахованного / другого лица или сопровождения Застрахованного лица, или эвакуации детей:

- оригинал проездного документа / распечатка электронного билета родственника Застрахованного / другого лица;– оригинал посадочного талона родственника Застрахованного / другого лица с подтверждением оплаты билетов;– оригинал счета из гостиницы с подтверждением его оплаты;
- документы, подтверждающие расходы на питание;

10.4.9. в случае посмертной репатриации:

- копию свидетельства о смерти Застрахованного;
- копию справки о смерти / медицинского свидетельства о смерти с причиной смерти Застрахованного;
- документы, подтверждающие произведенные расходы по репатриации тела, включая расходы на подготовку тела и покупку необходимого для перевозки гроба/урны.

10.4.10. Документы, удостоверяющие личность лица, обратившегося за страховым возмещением (Страхователя, Застрахованного лица или их уполномоченного представителя). Если за страховой выплатой обращается представитель Страхователя/Застрахованного лица, то дополнительно предоставляется надлежащим образом оформленная доверенность, подтверждающая полномочия представителя на подписание заявления на получение страхового возмещения (или получение страховой выплаты).

10.5. Банковские реквизиты получателя страхового возмещения, в случае, если в заявлении на страховое возмещение указан соответствующий вариант возмещения. Помимо документов, указанных в п. 10.4 настоящих Правил, Страховщик имеет право запросить у Застрахованного лица полную медицинскую информацию (история болезни, амбулаторная карта). При необходимости Страховщик запрашивает сведения, связанные с реализацией страховых рисков, у организаций, располагающих необходимой информацией. Страховщик вправе отсрочить принятие решения о признании заявленного события страховым случаем до получения запрошенных документов и (или) заключения медицинского учреждения (эксперта), о чем Страховщик обязан письменно уведомить Застрахованное лицо (Страхователя) с указанием перечня необходимых и надлежащим образом оформленных документов в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения заявления о наступлении страхового случая.

В целях объективного рассмотрения заявления о страховом случае Застрахованное лицо обязано предоставить письменное согласие на передачу Страховщику, Администратору и их партнерам сведений, составляющих врачебную тайну, медицинскими учреждениями, в которых Застрахованное лицо проходило лечение или диагностику.

10.6. Решение о признании заявленного события страховым случаем Страховщик принимает, руководствуясь Договором, Правилами, на основании документов, предоставленных Застрахованным. Страховщик может принять решение об осуществлении страховой выплаты без предоставления части документов, указанных в п. 10.4, 10.5 Правил, предоставления документов в иной форме, если на основании

предоставленных Застрахованным лицом документов представляется возможным сделать вывод об обстоятельствах наступления страхового случая и исключить обстоятельства, предполагающие отказ в страховой выплате. Застрахованное лицо вправе представить дополнительные документы, не предусмотренные п. 10.4, 10.5 Правил, по заявленному событию, обладающему признаками страхового случая. При необходимости оценки события, обладающего признаками страхового случая, Страховщик вправе потребовать от Застрахованного лица пройти медицинское обследование в выбранном Страховщиком медицинском учреждении, которое будет организовано и оплачено Страховщиком. Застрахованное лицо, в свою очередь, вправе потребовать присутствия своего лечащего врача на обследовании, организованном Страховщиком. Порядок проведения медицинского освидетельствования Застрахованного лица осуществляется одним из следующих способов: - посредством заключения письменного Соглашения о месте и времени проведения обследования Застрахованного лица; - посредством направления Страховщиком в адрес застрахованного лица заказным письмом с уведомлением сообщения с указанием места и времени проведения обследования застрахованного лица – не менее двух вариантов времени на выбор; - иного способа согласованного сторонами при заключении договора страхования. Страховщик вправе отсрочить принятие решения о признании заявленного события страховым случаем до выяснения обстоятельств его наступления, до выяснения состояния здоровья Застрахованного лица после получения им медицинской помощи, о чем Страховщик обязан письменно уведомить Застрахованное лицо (Страхователя) в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения заявления о наступлении страхового случая.

Если Застрахованное лицо не прошло освидетельствование в согласованную дату, Страховщик согласовывает с этим лицом другую дату освидетельствования при его обращении к Страховщику. При этом если в соответствии с договором страхования течение срока урегулирования требования о страховой выплате началось до проведения освидетельствования, то течение данного срока приостанавливается до даты проведения освидетельствования.

В случае повторного не прохождения застрахованным лицом освидетельствования в согласованную со Страховщиком дату, Страховщик возвращает без рассмотрения представленное таким лицом заявление на страховую выплату, а также приложенные к нему документы (как поданные непосредственно вместе с заявлением, так и представленные впоследствии), если иное не будет согласовано между Страховщиком и Страхователем/Застрахованным.

10.6.1. В случае если условиями конкретного Договора предусмотрена возможность представления Страхователем (Застрахованным лицом) информации и документов для получения страхового возмещения в электронном виде, в том числе в форме сканированных копий, Страхователь (Застрахованное лицо) может представить Страховщику документы, указанные в п. 10.4 настоящих Правил, в виде электронных документов, подписанных/заверенных простой электронной подписью Страхователя (Застрахованного лица). При этом Страховщик вправе принять решение по заявленному событию на основании документов, в том числе полученных Страховщиком в форме сканированных копий по электронной почте, или затребовать у Страхователя (Застрахованного лица) оригиналы или заверенные надлежащим образом компетентными органами копии документов. В случае запроса Страховщиком оригиналов или заверенных надлежащим образом компетентными органами копий документов срок осуществления страхового возмещения исчисляется с момента получения Страховщиком оригиналов и/или заверенных надлежащим

образом компетентными органами копий документов, указанных в настоящих Правилах.

- 10.7. Страховщик в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения надлежащим образом оформленных документов (последнего из необходимых), указанных в п. 10.4, 10.5 Правил, осуществляет принятие решения об осуществлении страховой выплаты и выплату страхового возмещения Застрахованному лицу:

В случае принятия решения об отказе (непризнания произошедшего события страховым случаем) Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия такого решения информирует получателя страховых услуг в письменном виде об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия Договора страхования и Правил страхования, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству;

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, принять решение об отсрочке страховой выплаты до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства либо устранения других обстоятельств, предусмотренных настоящими Правилами и препятствующих выплате, о чем письменно известить Страхователя/Застрахованного.

- 10.8. Страховая выплата осуществляется способом, указанным Застрахованным лицом в заявлении на возмещение, а именно наличными через кассу Страховщика, либо по безналичному расчету путем перечисления на банковский счет, указанный в заявлении о выплате страхового возмещения, либо иным способом по согласованию сторон.

- 10.9. В случае выявления факта предоставления Страхователем (Застрахованным лицом или их уполномоченным представителем) не полного перечня документов, необходимых для принятия решения о признании заявленного события страховым случаем, предусмотренных Правилами и (или) Договором и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями Правил и (или) Договора страхования Страховщик обязан:

- принять их при этом срок принятия решения о страховой выплате не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;
- письменно уведомить об этом лицо, подавшее заявление на страховую выплату, с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в срок не превышающий 10 (десяти) рабочих дней со дня предоставления Страховщику заявления о наступлении события, обладающего признаками страхового случая, и документов, необходимых для принятия решения о признании заявленного события страховым случаем, предусмотренных настоящими Правилами и/или Договором страхования.

- 10.10. Не признаются страховым случаем и не подлежат возмещению расходы, если:

10.10.1. расходы по оказанию медицинской помощи Застрахованному лицу не признаются страховым случаем согласно настоящим Правилами или Договору; или

10.10.2. услуга, оказанная Застрахованному лицу, не входит в Программу; или

- 10.10.3. суммарная (за весь срок страхования) сумма расходов, заявленных к возмещению Страховщику, достигла размера страховой суммы или лимита, предусмотренного Программой; или
- 10.10.4. Застрахованное лицо обратилось в медицинское учреждение после окончания срока действия страхования либо до начала действия страхования.
- 10.11. Страховая выплата осуществляется в валюте Российской Федерации, кроме случаев, предусмотренных российским законодательством.
- 10.11.1. Если страховая выплата осуществляется в форме возмещения Застрахованному лицу понесенных им расходов, и если эти расходы были понесены в валюте, отличной от валюты, в которой установлена страховая сумма по Договору, то для целей учета данной страховой выплаты используется обменный курс, установленный Центральным банком Российской Федерации на день, когда соответствующая сумма была уплачена Застрахованным лицом наличными либо списана с его банковского счета.
- 10.11.2. Если страховая выплата осуществляется в форме прямой оплаты Страховщиком медицинских услуг медицинского учреждения, и если эти расходы были понесены в российских рублях, а страховая сумма по Договору установлена в иностранной валюте, то для целей учета данной страховой выплаты используется обменный курс, установленный Центральным банком Российской Федерации на день, когда соответствующая сумма была списана с банковского счета Страховщика или Ассистанской компании.
- 10.11.3. Если страховая выплата осуществляется в форме прямой оплаты медицинских услуг медицинского учреждения, и если эти расходы были понесены в иностранной валюте, отличной от валюты, в которой установлена страховая сумма по Договору, то для целей учета данной страховой выплаты используется обменный курс согласно сайту www.oanda.com на день, когда соответствующая сумма была списана с банковского счета Страховщика или Ассистанской компании.

11. Порядок прекращения договора страхования

- 11.1. Договор страхования прекращает свое действие в следующих случаях:
- 11.1.1. истечение срока, на который был заключен Договор;
- 11.1.2. исполнение Страховщиком договорных обязательств в полном объеме в размере страховой суммы, установленной в Договоре страхования — с даты исполнения обязательств Страховщиком в полном объеме. По требованию Страхователя (Застрахованного лица) Страховщик направляет Страхователю (Застрахованному лицу) письменное уведомление с информацией об исполнении им своих обязательств в полном объеме с соблюдением Правил о тайне персональных данных Застрахованного;
- 11.1.3. отказ Страхователя от Договора (кроме отказа в Срок свободного ознакомления с условиями страхования п.11.1.8 Правил) — с даты получения Страховщиком требования о прекращении Договора или с даты, указанной в этом требовании, если она позже даты получения требования, при этом страховая премия не подлежит возврату, если Договором не

предусмотрено иное;

- 11.1.4. смерть Застрахованного лица (Договор страхования прекращается в отношении такого Застрахованного лица) — с даты смерти Застрахованного лица на основании свидетельства о смерти или решения суда, которым Застрахованное лицо объявлено умершим, при этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование;
- 11.1.5. по соглашению между Страхователем и Страховщиком — с даты подписания соглашения или с даты, указанной в таком соглашении;
- 11.1.6. по инициативе Страховщика в случаях, предусмотренных настоящими Правилами и законодательством РФ;
- 11.1.7. в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами и Договором;
- 11.1.8. отказ Страхователя от Договора в Срок свободного ознакомления с условиями страхования:
 - 11.1.8.1. при отказе Страхователя — физического лица от Договора страхования до даты начала действия срока страхования, предусмотренного Договором страхования, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме;
 - 11.1.8.2. при отказе Страхователя — физического лица от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней (если иной срок не установлен органом страхового надзора) с момента заключения Договора страхования, но после даты начала срока страхования, предусмотренного Договором страхования, Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной Страхователем страховой премии пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования, при условии отсутствия в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая;
 - 11.1.8.3. при отказе Страхователя от Договора страхования в случаях, предусмотренных пп. 11.1. 8.1, 11.1. 8.2 настоящих Правил, денежные средства подлежат возврату по выбору страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком письменного заявления (уведомления) об отказе от Договора страхования.
- 11.1.9. В случае если Договором страхования предусмотрен возврат части неиспользованной страховой премии при досрочном отказе Страхователя от Договора страхования (за исключением случаев, предусмотренных пп. 11.1. 4, 11.1. 8.1, 11.1. 8.2 настоящих Правил), Страховщик в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком письменного заявления (уведомления) об отказе от Договора страхования осуществляет возврат части уплаченной Страхователем страховой премии за неистекший оплаченный период страхования за вычетом 20 (двадцати) процентов от суммы страховой премии, если иное не предусмотрено Договором страхования. Возврат страховой премии или ее части не производится в

случае, если после вступления Договора страхования в силу имели место события, обладающие признаками страхового случая, если иное не предусмотрено Договором страхования.

Если страховая премия была установлена в одной валюте, а уплачена в другой, то изменение обменного курса этих валют с момента уплаты страховой премии до момента возврата ее части не учитывается при расчете суммы к возврату.

11.2. Страховщик вправе потребовать расторжения Договора в случае:

11.2.1. отказа Страхователя осуществить доплату страховой премии, предложенную Страховщиком в соответствии с Правилами, и (или) изменить условия страхования в связи с изменением обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска.

11.3. В случае обнаружения Страховщиком в процессе исполнения Договора факта того, что при заключении Договора Страхователь и (или) Застрахованное лицо сообщил(о) недостоверные сведения о Застрахованном лице, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным в порядке, предусмотренном статьей 944 ГК РФ. Примером таких сведений являются сведения, о которых спрашивалось прямо и которые Застрахованное лицо должно сообщить Страховщику и (или) Администратору на основании вопросов, указанных в анкете, по утвержденной форме.

11.4. В случае если Страхователь определенно выражает намерение прекратить Договор, часть обязанностей Страхователя по которому исполнена Застрахованным или иным лицом, отказ от такого Договора допускается только с согласия Застрахованного лица. По согласованию сторон также может быть осуществлена замена Страхователя в Договоре в соответствии с главой 24 Гражданского кодекса РФ.

12. Заключение очередного договора

12.1. Страховщик в праве предложить Страхователю заключить очередной Договор страхования на каждый последующий год.

12.2. При заключении очередного Договора страхования на новый срок Страховщик оставляет за собой право изменить условия Договора, исходя из общих изменений в условиях страхования на дату заключения Договора.

12.3. При наличии изменений в условиях страхования Страховщик своевременно предоставляет информацию об изменениях Страхователю, направляя ее по контактными данным, указанным Страхователем и (или) Застрахованным лицом в заявлении и (или) анкете.

12.4. О желании изменить или об отказе заключить очередной Договор страхования на новый срок Страхователю следует сообщить Страховщику по крайней мере за месяц до истечения годового периода страхования, если иной срок не согласован сторонами в Договоре страхования.

12.5. Договор страхования считается заключенным на очередной срок, если между сторонами достигнуто соглашение по всем существенным условиям и сторонами заключен Договор страхования на очередной срок или заключено соответствующее

Дополнительное соглашение к действующему Договору страхования.

- 12.6. Страховщик и (или) Администратор передает Договор Страхователю к каждому начинающемуся периоду страхования, если в Договоре страхования нет иной договоренности.
- 12.7. В случае если очередной Договор заключается на период непрерывного страхования, то такой Договор страхования считается новым Договором и оформляется исходя из порядка оформления впервые заключаемого Договора страхования (если применимо, производится индивидуальный медицинский андеррайтинг, по результатам которого составляется новый список индивидуальных исключений из программы страхования).
- 12.8. Заключение очередного Договора в отношении лиц старше 120 лет допускается в порядке, предусмотренном п. 3.6 Правил.
- 12.9. Если иное не предусмотрено Договором, все впервые выявленные в период страхования заболевания и состояния при заключении Договора на новый срок остаются включенными в страховое покрытие при условии непрерывного страхования Застрахованного лица. Если иное не предусмотрено Договором, в рамках Договора страхования на новый срок п. 5.6 Правил не применяется в отношении состояний Застрахованного лица, впервые диагностированных во время срока страхования по предыдущим Договорам при условии непрерывного страхования Застрахованного лица.
- 12.10. Заявление Страхователя и, если применимо, анкета лица, заявленного на страхование к первоначальному договору, — все документы, на которые Страховщик ссылается при заключении и исполнении Договора, являются неотъемлемой частью очередного Договора страхования.

13. Мошенничество

В целях настоящих Правил под мошенничеством понимается предоставление заведомо недостоверной, неполной или ложной информации. В случае предоставления заведомо ложных сведений Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных законодательством..

14. Права и обязанности

- 14.1. Страхователь вправе:
 - 1) требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и ее оплаты либо только оплаты в соответствии с условиями Договора страхования;
 - 2) досрочно прекратить действие Договора страхования;
 - 3) прекратить в отношении Застрахованного лица действие Договора страхования;
 - 4) требовать от Страховщика или от назначенного им Администратора Программы разъяснения положений, содержащихся в Правилах страхования и договорах страхования, расчетов изменения в течение срока действия договора страховой суммы, расчетов страховой выплаты;
 - 5) бесплатно получить по запросу один раз по одному Договору страхования заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащих возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением Договора страхования, со ссылками на нормы права и (или) условия Договора страхования и Правил страхования, на основании которых

произведен расчет.

- 6) получить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого Страховщиком страховому агенту, или страховому брокеру, при посредничестве которых со Страхователем заключается Договор.

14.2. Страхователь обязан:

- 1) своевременно уплачивать страховую премию (страховые взносы) в определенные Договором страхования сроки и в установленном Договором страхования размере;
- 2) предоставить Страховщику по его требованию достоверную информацию о показателях здоровья принимаемых на страхование лиц;
- 3) передать Застрахованному лицу необходимые страховые документы, определенные Правилами, а при их утрате — дубликаты, а также разъяснить Застрахованному лицу условия Договора страхования;
- 4) своевременно сообщить Страховщику об изменении своих персональных данных, места нахождения, номеров контактных телефонов и телефаксов, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного лица, его фактического места жительства и пр.;
- 5) своевременно письменно сообщать Страховщику о ставших ему известными факторах увеличения степени риска;
- 6) предоставить по запросу Страховщика письменные согласия от Застрахованных лиц на обработку их персональных данных и получение сведений, составляющих врачебную тайну, по форме, установленной Страховщиком.

14.3. Страховщик вправе:

- 1) проверять полученную от Страхователя и Застрахованного лица информацию;
- 2) потребовать от Страхователя предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья, предусмотренных настоящими Правилами, или проведения медицинских обследований принимаемого на страхование лица, с целью определения вероятности наступления страхового случая (страхового риска);
- 3) досрочно прекратить Договор в случаях, предусмотренных Правилами и законодательством РФ, направив уведомление о досрочном прекращении действия Договора Страхователю и Застрахованному лицу;
- 4) отсрочить принятие решения о страховой выплате, если по факту реализации страхового риска в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства или, если у Страховщика имеются обоснованные сомнения в праве Застрахованного на получение страховой выплаты, до тех пор, пока он не представит Страховщику необходимые доказательства. Страховщик обязан письменно уведомить Застрахованное лицо (Страхователя) о принятии решения об отсрочке страховой выплаты в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения заявления о наступлении страхового случая;
- 5) направлять своего законного представителя для осмотра Застрахованного лица в любое время и с необходимой частотой.

14.4. Страховщик обязан:

- 1) организовать и оплатить либо только оплатить, если это предусмотрено условиями Договора страхования, получение Застрахованным лицом медицинской помощи, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, предусмотренных Программой;
- 2) контролировать объем, сроки и качество организованной им медицинской помощи в соответствии с условиями договора с медицинскими учреждениями;
- 3) осуществить страховую выплату в порядке и сроки, которые определены Правилами и (или) Договором страхования;
- 4) при заключении договора страхования предоставить Страхователю договор, состоящий из текста договора и всех приложений, являющихся неотъемлемой частью договора страхования, ссылка на которые имеется по тексту договора страхования, в том числе Правила страхования /Программы страхования).
- 5) по запросу Страхователя, позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, предоставить ему копию Договора страхования (страхового сертификата) и иных документов, являющихся неотъемлемой частью Договора страхования (правил страхования, программ, дополнительных условий страхования и других документов в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования) по действующим договорам страхования бесплатно один раз. Исключение составляет информация, не подлежащая разглашению (персональные данные других застрахованных лиц, данные об уплаченных премиях по коллективным договорам страхования, условия страхования других категорий застрахованных лиц и пр.);
- 6) по требованиям Страхователя/Застрахованного лица, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, бесплатно разъяснять положения, содержащиеся в настоящих Правилах, программах и Договоре страхования;
- 7) по запросу Страхователя (Застрахованного лица), полученному после заявления о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, предоставить информацию в соответствии с положениями, предусмотренными Договором страхования и/или Правилами страхования:
 - обо всех необходимых действиях, которые Страхователь (Застрахованное лицо) обязан предпринять, обо всех документах, предъявление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и предоставления документов;
 - о форме и способах осуществления страховой выплаты и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав Страхователя (Застрахованного лица) на получение страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в Договоре страхования.
- 8) по устному или письменному запросу Страхователя/ Застрахованного, в срок не превышающий 30 (Тридцать) календарных дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации заявителя в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.06.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и после принятия решения о страховой выплате предоставить в письменном виде информацию о расчете суммы страховой выплаты.
- 9) по письменному запросу Страхователя (Застрахованного лица) в срок, не превышающий 30 (Тридцать) календарных дней с момента получения такого запроса бесплатно один раз по каждому страховому случаю предоставить в письменном виде исчерпывающую информацию и документы (в том числе

копии документов и/или выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о страховой выплате. Исключения составляют документы, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя (Застрахованного лица), направленных на получение страховой выплаты. Информация и документы предоставляются в объеме, не противоречащем действующему законодательству РФ;

- 10) по письменному запросу Страхователя (Застрахованного лица) в срок, не превышающий 30 (Тридцать) календарных дней с момента получения такого запроса бесплатно один раз по одному событию, предоставить в письменном виде информацию и документы (в том числе копии документов и/или выписки из них), обосновывающие решение об отказе, за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя (Застрахованного лица), направленных на получение страховой выплаты, Информация и документы предоставляются в объеме, не противоречащем действующему законодательству РФ.
- 11) Обеспечить рассмотрение претензий от Страхователя, Застрахованного, связанных с исполнением условий Договора страхования, в порядке установленном законодательством Российской Федерации, базовыми стандартами саморегулируемой организации на финансовом рынке, членом которой является Страховщик.

14.5. Застрахованное лицо вправе:

- 1) требовать от Страховщика или назначенного им Администратора организации оказания медицинской помощи и ее оплаты либо только оплаты в соответствии с условиями Договора страхования;
- 2) требовать от Страховщика возмещения (с учетом франшизы) личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи;
- 3) сообщать Страховщику или Администратору в письменном виде о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления медицинской помощи;
- 4) при утрате страховых документов получить их дубликат;
- 5) требовать от Страховщика или Администратора разъяснения положений, содержащихся в Правилах и договорах страхования, расчетов изменения в течение срока действия договора страховой суммы, расчетов страховой выплаты;
- 6) обратиться к Страховщику или Администратору за информацией, необходимой для реализации своих прав по Договору страхования.

14.6. Застрахованное лицо обязано:

- 1) при заключении Договора по требованию Страховщика пройти обследования для оценки состояния здоровья;
- 2) соблюдать порядок оказания медицинской помощи, предусмотренный Программой;
- 3) соблюдать предписания врача, полученные в ходе оказания медицинской помощи, а также распорядок, установленный медицинским учреждением;
- 4) не передавать страховой сертификат другим лицам с целью получения ими медицинской помощи, предусмотренной Договором страхования;
- 5) своевременно сообщить Страхователю и (или) Администратору об изменении

своей фамилии, имени, отчества и фактического места жительства;

- 6) при утрате страховых документов своевременно сообщить в письменном виде об этом Страховщику для получения дубликата;
- 7) уплачивать страховую премию / страховые взносы, если это предусмотрено Договором страхования;
- 8) при отсутствии возможности, необходимости или желания воспользоваться медицинскими услугами в медицинском учреждении, услугами медицинской помощи на дому или услугами скорой медицинской помощи, установленными Застрахованным лицом после достижения с представителями медицинского учреждения договоренности о получении данной медицинской помощи, заблаговременно отказаться от забронированного им ранее времени посещения медицинского учреждения, вызова врача на дом или бригады скорой медицинской помощи;
- 9) при организации медицинской эвакуации или репатриации строго следовать полученным рекомендациям по организации транспортировки и лечению;
- 10) немедленно сообщить Страховщику (или в минимально возможный при данных обстоятельствах срок) о диагностировании Застрахованному лицу любого из заболеваний или установлении статуса из списка, приведенного в п. 5.6 Правил;
- 11) по требованию Страховщика пройти обследование или предоставить дополнительную медицинскую документацию в случае диагностирования Застрахованному лицу любого из заболеваний или установлении статуса из списка, приведенного в п. 5.6 Правил;
- 12) своевременно оплачивать сумму франшизы, если она предусмотрена Договором.

14.7. Договором или конкретной Программой страхования могут быть предусмотрены и иные права и обязанности Страхователя, Застрахованного лица и Страховщика.

15. Заключительные положения

- 15.1. В соответствии с настоящими Правилами считается конфиденциальной следующая информация:
 - 15.1.1. о сумме страховой премии, уплаченной по Договору страхования, и особых условиях страхования, если такие были согласованы Сторонами;
 - 15.1.2. о персональных данных Страхователя и Застрахованного лица, как они определены действующим законодательством РФ, включая, но не ограничиваясь этим, данные о состоянии здоровья Застрахованного лица, о заболеваниях Застрахованного лица, а также о случаях его обращения за медицинской помощью.
- 15.2. Стороны примут все достаточные меры для предотвращения разглашения конфиденциальной информации. Однако Страховщик имеет право передавать своим партнерам (Администратору, Перестраховщику, Ассистанским компаниям) в необходимых объемах сведения о лице, заявленном на страхование, для оценки степени страхового риска, для заключения договора перестрахования, для рассмотрения событий, обладающих признаками страхового случая, и для урегулирования страховых случаев.
- 15.3. При неисполнении или ненадлежащем исполнении сторонами условий Договора возникающие споры разрешаются путем переговоров сторон, а в случае

невозможности достичь согласия — в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

- 15.4. Все документы, на которые Страховщик ссылается при заключении и исполнении Договора, являются его неотъемлемой частью, например анкета, заявление на страхование, заявление на страховую выплату, иные документы и декларации Страхователя и Застрахованного лица, документы, приложенные к вышеуказанным заявлениям для заключения Договора и осуществления страховой выплаты, настоящие Правила, условия страхования, зафиксированные в Договоре страхования, а также все относящиеся к Договору надлежащим образом оформленные изменения, дополнительные соглашения и поправки; сведения, справки и отчеты, полученные от врачей, наблюдавших Застрахованное лицо, и иные сведения, полученные Страховщиком о Застрахованном лице.
- 15.5. Страховщик не несет ответственности за последствия изменения законодательства, связанного с изменением налогообложения для Страхователей и Застрахованных лиц.
- 15.6. Если иное не предусмотрено Договором, то при наступлении обстоятельств, которые Страховщик не мог предвидеть (обстоятельств непреодолимой силы), Страховщик вправе отсрочить исполнение своих обязательств по Договору, проинформировав об этом Страхователя любыми доступными способами в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента наступления вышеуказанных обстоятельств. К обстоятельствам непреодолимой силы относятся, в числе прочих, стихийные бедствия, бунты, войны, наводнения, землетрясения.
- 15.7. Все уведомления, извещения и сообщения, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Застрахованного лица) в соответствии с настоящими Правилами, считаются направленными надлежащим образом при их направлении одним из следующих способов, указанным в Договоре страхования или заявлении о выплате страхового возмещения:
- в виде СМС-сообщения по телефону, указанному в Договоре страхования или заявлении о выплате страхового возмещения;
 - Почтовым, телеграфным или иным письменным отправлением по адресу, указанному в Договоре страхования или заявлении о выплате страхового возмещения;
 - по адресу электронной почты, указанному в Договоре страхования или заявлении о выплате страхового возмещения.

Если в заявлении о выплате страхового возмещения или Договоре страхования не указан способ уведомления Страхователя, то уведомление осуществляется путем направления СМС-сообщения на номер телефона, указанный в Договоре страхования; при отсутствии номера телефона — простым или заказным письмом по адресу, указанному в Договоре страхования, либо по адресу электронной почты, указанному в Договоре страхования.

При наличии нескольких отличающихся контактных данных Страхователя (Застрахованного лица) выбор конкретного номера телефона, почтового адреса или адреса электронной почты для отправки уведомления осуществляет Страховщик.

Гражданско-правовые последствия, связанные с направлением Страховщиком в адрес Страхователя уведомлений, извещений и сообщений, считаются наступившими для Страхователя с момента, указанного в тексте уведомления, извещения или сообщения, а если данный момент не указан — с момента направления Страховщиком уведомления, извещения или сообщения в адрес

Страхователя.

- 15.8. Страхователь и Страховщик соглашаются, что Страховщик вправе использовать факсимильное воспроизведение подписей уполномоченных лиц Страховщика при заключении Договора, а также при осуществлении иных юридических и фактических действий после заключения Договора.
- 15.9. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных договоров страхования (страховых полисов), заключаемых на основе настоящих Правил, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

Программа международного добровольного медицинского страхования
(далее — Программа страхования / Программа)

Программа содержит описание видов медицинской помощи, перечня медицинских и иных услуг, предоставляемых по международному добровольному медицинскому страхованию, особенностей оплаты или возмещения медицинских расходов и территории страхования.

Программа состоит из комбинаций видов медицинской помощи, описанных в настоящем Приложении к Правилам, и могут устанавливать лимиты ответственности Страховщика в отношении страхового покрытия.

Программа содержит следующие виды медицинской помощи и их сочетания:

I. Стационарная и амбулаторная помощь, включая:

- A. Плановую и экстренную стационарную медицинскую помощь (в том числе в условиях дневного стационара).
- B. Лечение онкологических заболеваний.
- C. Лечение почечной недостаточности.
- D. Лечение врожденных заболеваний.
- E. Заболевание ВИЧ / СПИД, приобретенное вследствие переливания крови.
- F. Реабилитационно-восстановительное лечение.
- G. Медицинские изделия длительного применения.
- H. Услуги хосписа и паллиативная помощь на терминальной стадии заболевания.
- I. Вегетативное состояние
- J. Транспортировка автомобилем скорой помощи до ближайшего медицинского учреждения в экстренных случаях.
- K. Уход на дому.
- L. Амбулаторно-поликлиническая помощь.
- M. Ведение беременности и родовспоможение.
- N. Превентивная медицина.

II. Экстренная медицинская эвакуация и репатриация.

III. Стоматологическая помощь и услуги по безоперационной коррекции зрения.

Договор может предусматривать модификацию, уточнение и (или) расширение объема страхового покрытия.

Отсутствие в Программе указаний на вид медицинской помощи означает, что в Договор данный вид медицинской помощи не включен, страхование в отношении него не действует и соответствующие расходы не оплачиваются и (или) не возмещаются.

Включение нижеперечисленных видов медицинской помощи в Программу международного добровольного медицинского страхования означает, что Страховщик организует и/или оплачивает предоставление Застрахованному лицу медицинских и иных услуг (в рамках обоснованных и общепринятых расходов) — в пределах предусмотренных Договором лимитов — необходимых с медицинской точки зрения:

A. Плановая и экстренная стационарная медицинская помощь (в том числе в условиях дневного стационара)

A.1. Пребывание в стандартной одноместной или двухместной палате, питание и уход медицинского персонала

В этом случае страховая выплата равняется сумме счетов, выставленных медицинским учреждением за пребывание Застрахованного лица. Если стандартная одноместная палата (или двухместная палата, если данный вариант предпочтителен для Застрахованного лица) недоступна на момент поступления в медицинское учреждение, то страховой выплате подлежат расходы в палате более низкой категории комфорта.

Ни при каких обстоятельствах Страховщик не несет ответственности за расходы по стоимости

более высокого уровня проживания, чем стоимость стандартной одноместной или двухместной палаты. Застрахованное лицо вправе выбрать любую из имеющихся категорий палат повышенной комфортности (люкс, сьют и т. п.) для своего размещения в стационаре, однако страховая выплата будет ограничена суммой, соответствующей размещению в стандартной одноместной или двухместной палате, при этом разница в стоимости размещения должна быть оплачена за счет самого Застрахованного лица.

A.2. Операционный блок, отделение неотложной помощи и послеоперационная палата

Подготовка и использование операционного блока, отделения неотложной помощи и послеоперационной палаты в связи с проведением Застрахованному лицу хирургической операции

A.3. Пребывание в отделении интенсивной терапии (включая кардиологический блок интенсивной терапии) или реанимации

Обеспечение Застрахованного лица проживанием и питанием во время его пребывания в отделении интенсивной терапии (включая кардиологический блок интенсивной терапии) или реанимации. В этом случае страховая сумма равняется сумме соответствующих счетов, выставленных медицинским учреждением.

За период, когда Застрахованное лицо находилось в отделении интенсивной терапии (включая кардиологический блок интенсивной терапии) или реанимации, расходы на проживание и питание в стандартной одноместной или двухместной палате страхованием не оплачиваются.

A.4. Пребывание в стационаре одного из родителей вместе с Застрахованным ребенком в возрасте до 16 лет

Питание и проживание одного родителя (или одного родственника или члена семьи ребенка) для сопровождения Застрахованного ребенка в возрасте до 16 лет включительно, находящегося на стационарном лечении в связи со страховым случаем.

A.5. Размещение Застрахованного ребенка с кормящей матерью при ее госпитализации

Питание, проживание и уход за Застрахованным ребенком кормящей матери, находящейся в стационаре, если ее лечение покрывается Программой.

A.6. Услуги врачей (хирурга, анестезиолога, врача общей практики, врача-специалиста), включая услуги, оказываемые врачами в отделении интенсивной терапии, и услуги по уходу медицинского персонала

A.6.1. Услуги хирурга и ассистентов при проведении ими оперативного лечения

A.6.2. Анестезиологическая помощь врача-анестезиолога

A.6.3. Услуги других врачей и медицинского персонала, включая консультацию, разработку плана лечения, обследование и проведение медицинских манипуляций, консервативное лечение, наблюдение, осуществляемое врачом общей практики (терапевтом), врачом-специалистом и их ассистентами, а также другие необходимые с медицинской точки зрения услуги персонала медицинского учреждения в течение времени нахождения Застрахованного лица в медицинском учреждении, включая услуги, оказываемые врачами в отделении интенсивной терапии.

A.7. Диагностические исследования

A.7.1. диагностические лабораторные и инструментальные исследования (включая диагностические исследования на патологию), электрокардиограммы;

A.7.2. медицинские изображения (рентгенография, КТ (компьютерная томография), МРТ (магнитно-резонансные исследования), ПЭТ (позитронно-эмиссионная томография) и т. д.).

A.8. Лекарственные препараты и материалы медицинского назначения

(Повязки / перевязочные материалы, шины, гипс, медицинские препараты, используемые при лечении / проведении медицинских манипуляций), если они назначены лечащим врачом стационарного медицинского учреждения.

A.9. Внутренние протезные устройства, имплантаты и вспомогательные средства

A.9.1. Материалы, устройства и механизмы, которые предназначены для использования в качестве мер спасения жизни или непосредственно облегчающие симптомы заболевания или

компенсирующие физические повреждения: внутренние протезные устройства (например кардиостимуляторы и тазобедренные суставы) и хирургические и медицинские товары (например хирургическая сетка, стенты, вертебропластика костным цементом, гайка, винт, шуруп, стержень), имплантируемые при хирургической операции, покрываемой в рамках Программы, осуществляемой по назначению врача.

А.9.2. Настройка и подгонка вышеуказанных материалов, устройств и механизмов, а также их ремонт и замена, кроме случаев, когда они повреждены или потеряны в результате их неправильного использования Застрахованным лицом.

А.10. Внешние протезные устройства, терапевтические средства, медицинские и хирургические приборы и аппараты

Средства, пособия и товары, которые предназначены для использования в качестве мер спасения жизни или непосредственно облегчающие симптомы заболевания или компенсирующие физические повреждения, а именно наружные протезы или устройства, установка или использование которых является необходимой частью лечения непосредственно после хирургической операции или частью процесса восстановления. При этом для взрослых оплачивается 1 наружный протез, а для детей в возрасте до 16 лет оплачиваются 1 начальное протезное устройство и до 2 замещающих устройств.

А.11. Логопедическая помощь для восстановления навыков речи

Помощь логопеда для восстановления навыков речи, утраченных в связи с несчастным случаем или заболеванием, если лечение их или их последствий предусмотрено Договором, и если эта помощь назначена врачом и оказывается стационарно профессиональным врачом-логопедом в форме консультаций (сеансов, занятий).

А.12. Физиотерапевтические методы лечения и трудовая терапия

Курс физиотерапии и (или) трудовой терапии, назначенный врачом, если данный курс проводится в специализированном отделении медицинского учреждения и в случаях, когда эти процедуры необходимы для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации.

А.13. Психиатрическое лечение

Пребывание и лечение в стационаре, если лечение предоставляется психиатром, психотерапевтом или другим специалистом надлежащей квалификации в области психиатрии, психотерапии или психоанализа, однако при этом обращение Застрахованного лица за медицинской помощью в связи с состояниями расстройств личности и поведения в зрелом возрасте (психогериатрические состояния), расстройства приема пищи и всеми сопутствующими состояниями не является страховым случаем и соответствующие расходы не оплачиваются Страховщиком.

А.14. Реконструктивная хирургия

Оперативное лечение по восстановлению естественной функции или внешнего вида Застрахованного лица, при соблюдении всех следующих условий:

- i) реконструктивная хирургия рекомендована в связи с телесным повреждением, полученным Застрахованным лицом в результате несчастного случая или прохождения курса по лечению рака;
- ii) вышеуказанный несчастный случай произошел или лечение рака началось после вступления в силу страхования по настоящей Программе;
- iii) реконструктивная хирургия следует сразу после несчастного случая или завершения курса по лечению рака;
- iv) со дня несчастного случая или лечения рака по день проведения реконструктивной хирургии страховое покрытие по Программе не прерывалось.

А.15. Экстренная стоматологическая помощь и восстановление естественного зуба, поврежденного в результате несчастного случая

А.15.1. Лечение в экстренной стоматологической ситуации с целью стабилизации ситуации и облегчения острой боли и (или) связанное с восстановлением повреждений естественного зуба в результате несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом в период

действия Договора (оперативное лечение по восстановлению естественного зуба должно быть произведено не позже 120-го дня, после дня, когда произошел несчастный случай).

А.15.2. Помощь в экстренной стоматологической ситуации (острая зубная боль, которая не облегчается несмотря на прием обезболивающего средства; отек лица; повторное кровотечение после хирургических вмешательств или удаления зубов) оказывается в том случае, если ситуация возникла в неприемное время стоматологии.

А.16. Трансплантация органов и пересадка костного мозга

А.16.1. Оплата услуг врачей, пребывание в стандартной одноместной палате стационара, другие услуги стационара, связанные с соответствующей хирургической операцией;

А.16.2. Расходы, связанные с поиском донора и изъятием органов (за исключением их покупки);

А.16.3. Расходы, связанные с перевозкой органа внутри страны, в которой осуществляется лечение/трансплантация, до медицинского учреждения.

Одним из условий признания случая страховым является то, что пересадка органа осуществляется только в признанных на международном уровне медицинских учреждениях аккредитованными хирургами, где процедура доставки органов соответствует требованиям Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ).

Если иное не установлено Договором страхования, событие не признается страховым случаем и страховая выплата не производится, если событие произошло вследствие трансплантации:

- i) механических имплантатов, кроме случаев, если они используются временно в ожидании трансплантата;
- ii) по причине алкогольного цирроза печени;
- iii) проведенной с использованием собственных органов, за исключением трансплантации костного мозга;
- iv) стволовых клеток;
- v) ставшей возможной благодаря покупке органов у донора.

В. Лечение онкологических заболеваний

В.1. Для целей страхования онкологией считается:

- i) рак или злокачественное новообразование любого типа, включая болезнь Ходжкина;
- ii) неинвазивные опухоли (рак *in situ*) или любые предраковые (предопухолевые) заболевания, или патологические изменения органов и тканей (дисплазии), имеющие высокую вероятность перерождения в злокачественные новообразования, включая, но не ограничиваясь этим, предраковые изменения в области молочных желез, женских половых органов, мочевого пузыря или простаты;
- iii) метастазы.

В.2. Диагноз должен быть подтвержден гистологическим исследованием и врачом-специалистом.

В.3. Лечение онкологического заболевания, если оно впервые диагностировано в течение срока страхования, и если его лечение является необходимым с медицинской точки зрения согласно рекомендации врача-онколога, и если оно проводится в специализированном онкологическом центре или в соответствующем отделении медицинского учреждения в стационаре или в амбулаторно-поликлинических условиях, если данное амбулаторно-поликлиническое лечение следует за операцией по поводу онкологического заболевания или за выпиской из стационара, где Застрахованное лицо находилось по поводу лечения онкологического заболевания, включая оперативное лечение, лучевую терапию, химиотерапию, консультации, диагностические исследования, а также лекарственные средства.

С. Лечение почечной недостаточности

С.1. Для целей страхования почечная недостаточность означает конечную стадию декомпенсированной почечной недостаточности, представляющую собой хроническую необратимую недостаточность обеих (или единственной) почек, в результате чего необходим

гемодиализ.

С.2. Лечение почечной недостаточности, включая гемодиализ, если оно проводится в медицинском учреждении или в официально зарегистрированном центре лечения почечной недостаточности в условиях стационара и в амбулаторно-поликлинических условиях (в том числе в условиях дневного стационара), включая предоперационный и послеоперационный гемодиализ как часть интенсивной терапии.

С.3. Лечение почечной недостаточности должно проводиться в медицинском учреждении или в официально зарегистрированном центре лечения почечной недостаточности по месту жительства Застрахованного лица. В случае отсутствия соответствующего лечения по месту жительства лечение оплачивается в стране преимущественного проживания Застрахованного лица в ближайшем к месту его жительства медицинском центре, способном предоставить соответствующее лечение. Оплате подлежат только расходы, непосредственно связанные с лечением почечной недостаточности, расходы на проезд и проживание, произведенные в связи с указанным лечением, возмещению не подлежат.

D. Лечение врожденных заболеваний

E. Заболевание ВИЧ/СПИДом, приобретенное вследствие переливания крови

Амбулаторное и стационарное лечение, возникающее в связи с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и/или заболеваниями, связанными с ВИЧ, включая синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) или СПИД-связанный комплекс, и/или их производными или вариациями, если доказано, что это заболевание приобретено вследствие переливания крови после заключения Договора, произведенного с соблюдением всех принятых медицинских стандартов: возмещаемые расходы ограничиваются стоимостью консультаций до и после установления диагноза, регулярных медицинских осмотров, медицинских манипуляций и анализов, связанных с таким заболеванием, соответствующих лекарственных средств и препаратов (кроме экспериментальных и непроверенных), размещения в стационаре и ухода медицинского персонала.

F. Реабилитационно-восстановительное лечение

Реабилитационные услуги в специализированном реабилитационном центре, куда Застрахованный помещен по медицинским показаниям, при условии, что он поступает в данный центр незамедлительно в течение 5 (пяти) календарных дней при условии наличия свободных мест после госпитализации в связи с заболеванием или в связи с перенесенной хирургической операцией, предусмотренной Программой страхования.

G. Медицинские изделия длительного применения

G.1. Ортопедические изделия, обеспечивающих опору, и медицинские изделия длительного применения, такие как костыли, трости, оборудование для подачи кислорода, медицинские кровати и кресла-коляски для использования в домашних условиях, приборы для измерения уровня глюкозы в крови для больных сахарным диабетом и внешние устройства — инсулиновые дозаторы (помпы), назначенные врачом по медицинским показаниям, которые обычно используются Застрахованным лицом и в целом являются необходимыми во время лечения заболевания и/или травмы.

G.2. Настройка и подгонка медицинских изделий длительного применения, а также их ремонт и замена, кроме случаев, если они повреждены или потеряны в результате их неправильного использования Застрахованным лицом.

G.3. Медицинскими изделиями длительного применения для целей страхования не являются: медицинские кровати и кресла-коляски с мотором, средства комфорта, кондиционеры, увлажнители воздуха, осушители и электрические вентиляторы, медицинские расходные материалы, велосипед-тренажер и другие спортивные тренажеры, лампа для обогрева и другие подобные изделия.

G.4. Аренда медицинских изделий длительного применения, кроме случаев, если стоимость аренды превышает стоимость самих изделий.

H. Услуги хосписа и паллиативная помощь на терминальной стадии заболевания

Стационарное и полустационарное лечение Застрахованного лица, сопровождающее диагноз

терминальной фазы заболевания и назначенное врачом для целей временного симптоматического лечения (услуги медицинского учреждения, размещение в хосписе, сестринский уход, оказываемый квалифицированным средним медицинским персоналом, назначенные препараты и перевязочные материалы) возмещается в рамках предусмотренных Договором лимитов.

I. Вегетативное состояние

Лечение вегетативного состояния с момента его диагностики.

J. Транспортировка автомобилем скорой помощи до ближайшего медицинского учреждения в экстренных случаях

Транспортировка автомобилем частной скорой помощи до ближайшего стационара (в т. ч. дневного) либо до ближайшей поликлиники, при условии, что медицинская помощь требуется при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни Застрахованного лица или с серьезной угрозой для его здоровья.

K. Уход на дому

Услуги среднего медицинского персонала на дому при соблюдении всех нижеперечисленных условий:

- i) уход на дому рекомендован и отслеживается врачом-специалистом;
- ii) уход на дому незамедлительно следует за лечением в стационаре (дневном стационаре), которое является страховым случаем по Договору страхования;
- iii) уход на дому реализуется непосредственно в квартире или в доме по месту преимущественного проживания;
- iv) уход на дому реализуется средним медицинским персоналом и представляет собой тип лечения, предоставляемый только средним медицинским персоналом, и является необходимым с медицинской точки зрения;
- v) уход на дому должен осуществляться круглосуточно, то есть без домашнего ухода Застрахованное лицо вынуждено будет оставаться в стационаре.

Личный уход или приготовление пищи не является страховым случаем, и соответствующие расходы не оплачиваются.

L. Амбулаторно-поликлиническая помощь

L.1. Услуги врачей (врача общей практики — терапевта, педиатра, семейного врача, врача-специалиста, хирурга, анестезиолога) и медицинского персонала

Консультация, разработка плана лечения, обследование и проведение медицинских манипуляций, консервативное лечение, проведение амбулаторной операции, наблюдение, осуществляемое врачом общей практики (терапевтом, педиатром, семейным врачом), врачом-специалистом и их ассистентами, а также другие необходимые с медицинской точки зрения услуги персонала медицинского учреждения в течение времени нахождения Застрахованного лица в медицинском учреждении.

L.1.1. Вызов врача на дом предусматривает осмотр Застрахованного лица терапевтом или педиатром (а также услуги медицинского среднего персонала, если необходимо с медицинской точки зрения), при условии, что состояние здоровья Застрахованного лица было таково, что не позволяло ему самостоятельно добраться к врачу без риска дальнейшего ухудшения состояния здоровья (в виде развития заболевания или его осложнения).

L.2. Диагностические исследования:

L.2.1. диагностические лабораторные и инструментальные исследования (включая диагностические исследования на патологию), электрокардиограммы;

L.2.2. медицинские изображения (рентгенография, КТ (компьютерная томография), МРТ (магнитно-резонансные исследования), ПЭТ (позитронно-эмиссионная томография) и т. д.); в связи с заболеванием или телесным повреждением в результате несчастного случая в пределах предусмотренных Договором лимитов.

L.3. Амбулаторно-поликлинические исследования, анализы и тесты в рамках подготовки к стационарному лечению, а также консультации врача-специалиста,

следующие непосредственно за лечением в стационаре по поводу того же диагноза

Подготовка Застрахованного лица к стационарному лечению, а также постстационарное наблюдение, следующее непосредственно за лечением в стационаре и по поводу того же диагноза. В частности, оплачиваются следующие услуги в течение 15 дней, предшествующих госпитализации, и 30 дней после выписки из стационара:

- i) диагностические лабораторные и инструментальные исследования (включая диагностические исследования на патологию), электрокардиограммы;
- ii) медицинские изображения (рентгенография, КТ (компьютерная томография), МРТ (магнитно-резонансные исследования), ПЭТ (позитронно-эмиссионная томография) и т. д.);
- iii) услуги врачей (врача общей практики — терапевта, педиатра, семейного врача, врача-специалиста, хирурга, анестезиолога) и медицинского персонала.

L.4. Лекарственные препараты и материалы медицинского назначения

Обеспечение лекарственным препаратом и (или) материалами медицинского назначения (повязки / перевязочные материалы, шины, гипс, медицинские препараты, используемые при лечении / проведении медицинских манипуляций), если эти препараты или материалы назначены лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения в связи с наступлением страхового случая, предусмотренным Договором страхования.

Назначение Врачом или рецепт лекарственного препарата/материала должны содержать следующие реквизиты:

- i) название медицинского учреждения, его адрес и телефон;
- ii) дата выписки назначения;
- iii) Ф. И. О. Застрахованного лица, его возраст;
- iv) Ф. И. О. врача, выписавшего назначение;
- v) назначение (готовое лекарственное средство или указание аптеке изготовить его экстенпорально);
- vi) подпись врача;
- vii) печать медицинского учреждения (если имеется);
- viii) личная печать врача (если имеется);
- ix) срок действия назначения (указывает врач). Если срок назначения не указан, тогда данное назначение действительно в течение 1 месяца с даты выписки назначения.

Невыполнение вышеуказанных требований к назначению лекарственного препарата/материала означает, что в оплате соответствующих расходов будет отказано.

Расходы на приобретение дисконтных карт на лекарственные препараты не возмещаются.

L.5. Медицинские приборы и устройства (включая слуховые аппараты, терапевтические средства, вспомогательные устройства)

Протезно-ортопедические изделия, слуховые аппараты, протезы, терапевтические средства, вспомогательные устройства, назначенные лечащим врачом.

L.6. Логопедическая помощь для восстановления навыков речи

Помощь логопеда для восстановления навыков речи, утраченных в связи с несчастным случаем или заболеванием, если лечение заболевания или полученного в результате несчастного случая телесного повреждения, или их последствий предусмотрено Договором, и если логопедическая помощь назначена лечащим врачом Застрахованного и оказывается амбулаторно врачом-логопедом в форме консультаций (сеансов, занятий).

L.7. Физиотерапия и реабилитационная терапия

Курс физиотерапии (включая физиотерапию по системе Менсендик) и/или реабилитационной терапии, и если данный курс проводится в специализированном отделении медицинского учреждения либо врачом, имеющим необходимую квалификацию.

L.8. Гормонозаместительная терапия

Гормонозаместительная терапия в случае менопаузы у женщины до достижения ей 40-летнего возраста или в случае, если данная терапия является необходимой с медицинской точки зрения. При этом расходы возмещаются только в течение первых 18 месяцев с даты установления диагноза, но не более срока действия Договора с учетом периода непрерывного

страхования.

L.9. Альтернативные методы лечения

Лечение, которое осуществляется амбулаторно в форме консультаций (сеансов, занятий).

L.10. Психиатрическая помощь

Амбулаторная психиатрическая помощь, если эта помощь назначена лечащим врачом Застрахованного и оказывается амбулаторно врачом-психиатром, психотерапевтом или другим врачом, специализирующимся в области психиатрии, психотерапии или психоанализе, в форме консультаций (сеансов, занятий).

В данное покрытие не входит возмещение стоимости препаратов, приобретаемых в связи с оказываемой Застрахованному лицу психиатрической помощью. Препараты покрываются в рамках раздела Е.4.

М. Ведение беременности и родовспоможение

Лимит ответственности Страховщика по данному виду медицинской помощи устанавливается в отношении каждого случая ведения беременности и родов.

Если иное не предусмотрено Договором, в отношении услуг, связанных с «Ведением беременности и родовспоможением», срок страхования начинается с первого дня 11-го (одиннадцатого) месяца со дня заключения Договора. В случае заключения очередного Договора срок страхования начинается с даты, указанной в таком Договоре.

М.1. Ведение беременности (дородовое наблюдение беременных женщин)

М.1.1. Медицинские услуги по дородовому ведению беременности в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении в специализированные медицинские учреждения, включая проведение комплекса инструментальных и лабораторно-диагностических мероприятий, таких как: тройной тест при беременности, амниоцентез, анализ ДНК для женщин в возрасте 35 лет и старше, не более 3 регулярных ультразвуковых исследований (или столько, сколько нужно, если необходимо с медицинской точки зрения по рекомендации квалифицированного врача-специалиста), тестирование затылочной прозрачности, ультразвуковое исследование на 8—14-й неделе беременности, анализы крови, диагностика патологий беременности, профилактическая дородовая медицинская консультация — не чаще 12 визитов, лекарственное обеспечение в качестве профилактики осложнений во время беременности, например препараты, разжижающие кровь, иммуноглобулин человека антирезус Rho (D), консультация со специалистом по акушерству по медицинским показаниям.

М.1.2. Предродовой тренинг для будущих матерей и отцов, тренинг по воспитанию детей и другие тренинги, ультразвуковые исследования 4D или 5D и сеанс массажа не являются страховым случаем, и соответствующие услуги не оплачиваются.

М.2. Акушерская помощь (родовспоможение)

М.2.1. Медицинские услуги по родовспоможению (включая кесарево сечение по назначению врача): услуги врачей, специалистов по акушерству и другого медицинского персонала, пребывание в стационаре и оплата иных медицинских услуг по родовспоможению в стационарных условиях при обращении в специализированные медицинские учреждения, уход после естественных родов (уход за швами), оплата услуг педиатра за проведение первого осмотра новорожденного, если такой осмотр был проведен в течении 24 часов с момента рождения, проверка слуха, скрининг новорожденных, или «пяточный тест», одна консультация для Застрахованной мамы с врачом-специалистом или специалистом по акушерству в течение первых 10 недель после родов.

М.2.2. Плановое кесарево сечение без медицинских показаний не является страховым случаем, и соответствующие услуги не оплачиваются.

М.3. Осложнение беременности и родов

Услуги частной скорой и неотложной помощи и стационарное лечение при осложнениях беременности, а именно одно из следующих медицинских состояний:

- i) выкидыш, требующий немедленной хирургической операции, или гибель плода — если плод остается в матке вместе с плацентой;
- ii) мертворождение;

- iii) аномальный рост клеток в утробе (доброкачественная гестационная трофобластическая болезнь);
- iv) внематочная беременность;
- v) сильное кровотечение в течение нескольких часов или дней сразу после родов (послеродовое кровотечение);
- vi) задержка в полости матки частей последа (доли плаценты или оболочек) после рождения ребенка;
- vii) предлежание плаценты;
- viii) нефропатия;
- ix) преэклампсия (состояние с рядом симптомов, включая высокое давление и задержку жидкости);
- x) эклампсия (поздний токсикоз беременности, характеризующийся судорожными припадками с последующим коматозным состоянием);
- xi) гестационный диабет;
- xii) полное прекращение родовой деятельности;
- xiii) прерывание беременности по медицинским показаниям;
- xiv) разрыв матки;
- xv) эмболия околоплодными водами;
- xvi) осложнения после вышеуказанных состояний.

Однако если Застрахованное лицо было принято на страхование на особых условиях, исключающих из страхового покрытия диабет и связанные с диабетом побочные медицинские состояния, то никакое лечение в связи с диабетом во время беременности не покрывается и соответствующие расходы не возмещаются.

Уведомление о новорожденном предоставляется Застрахованным лицом в течение первых 30 дней жизни ребенка.

N. Превентивная медицина

N.1. Вакцинация по медицинским показаниям

Вакцинация по медицинским показаниям согласно рекомендации врача либо в рамках обязательных государственных стандартов/программ вакцинации в стране преимущественного проживания Застрахованного лица, либо в добровольном порядке, включая случаи, когда вакцинация осуществляется с целью получения разрешения на въезд в страну (от официальных представителей властей этой страны), иную, чем территория преимущественного проживания Застрахованного лица.

В частности, для детей Программой предусмотрены прививки от следующих заболеваний: дифтерии, гепатита, гемофильического гриппа (тип В), столбняка, коклюша, полиомиелита, туберкулеза, кори, краснухи, свинки; а также другие необходимые с медицинской точки зрения прививки.

N.2. Проверка зрения врачом-оптометристом или офтальмологом раз в год

Плановая профилактическая проверка зрения Застрахованного лица врачом-оптометристом или офтальмологом не чаще одного раза в год.

N.3. Проверка слуха для Застрахованных до 15 лет раз в год

Плановая профилактическая проверка слуха для Застрахованного в возрасте до 15 лет один раз в год.

N.4. Профилактическое медицинское обследование

- i) выявление заболеваний у Застрахованного-взрослого (диспансеризация) до появления каких-либо жалоб;
- ii) плановый медицинский осмотр / плановое медицинское обследование — не в связи с жалобой или заболеванием — для контроля нормального физического и психического развития Застрахованного ребенка;
- iii) конкретное содержание комплексного профилактического медицинского обследования, то есть перечень анализов, консультации профильных специалистов — назначается терапевтом (педиатром, семейным врачом или врачом общей практики) с учетом пола и возраста

Застрахованного лица, его общего медицинского состояния и профессиональных рисков;

iv) профилактический медицинский осмотр для контроля и оценки нормального физического и психического развития ребенка в возрасте до 18 лет может включать в себя, среди прочего, измерение роста и веса, проверку работы органов чувств, осмотр невролога, выявление наследственных заболеваний и заболеваний обмена веществ, анализ мочи, туберкулиновые пробы, определение гематокрита, гемоглобина и иные анализы крови, включая тесты на наследственные формы гемоглобинопатий.

N.4.1. комплексное профилактическое обследование Застрахованного лица в возрасте 18 лет и старше;

N.4.2. гинекологический скрининговый тест по Папаниколау (цитологический (цервикальный) мазок) — не чаще одного раза в год для Застрахованных лиц — женщин;

N.4.3. маммография для Застрахованных лиц — женщин, не имеющих симптомов заболевания раком груди, в целях профилактики или диагностики в пределах следующих лимитов:

i) не чаще одного раза в возрасте от 35 до 39 лет;

ii) не чаще одного раза в течение каждых двух лет в возрасте от 40 до 49 лет;

iii) не чаще одного раза в год в возрасте 50 лет и старше;

iv) если необходимость в маммограмме рекомендуется квалифицированным врачом-специалистом, то соответствующие расходы покрываются Страховщиком без ограничений частоты проведения независимо от возраста Застрахованного лица;

N.4.4. анализ крови на ПСА (PSA, простатический специфический антиген) для раннего выявления доброкачественных и злокачественных заболеваний предстательной железы для Застрахованных лиц — мужчин:

i) не чаще одного раза в год в возрасте 50 лет и старше;

ii) если необходимость в проведении данного анализа рекомендуется квалифицированным врачом-специалистом, то соответствующие расходы покрываются Страховщиком без ограничений частоты проведения независимо от возраста Застрахованного лица;

N.4.5. анализы для ранней диагностики рака кишечника для Застрахованных лиц:

i) не чаще одного раза в год в возрасте 55 лет и старше;

ii) если необходимость в проведении данного анализа рекомендуется квалифицированным врачом-специалистом, то соответствующие расходы покрываются Страховщиком без ограничений частоты проведения независимо от возраста Застрахованного лица;

N.4.6. анализы для ранней диагностики остеопороза (тест на плотность костей) для Застрахованных лиц:

i) не чаще одного раза в год в возрасте 50 лет и старше;

ii) если необходимость в проведении данного анализа рекомендуется квалифицированным врачом-специалистом, то соответствующие расходы покрываются Страховщиком без ограничений частоты проведения — независимо от возраста Застрахованного лица — при наличии рекомендации квалифицированного врача-специалиста.

N.4.7. Консультация диетолога — не более 4 раз в год.

II. ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ЭВАКУАЦИЯ И РЕПАТРИАЦИЯ

Условие действия страхования на случай экстренной медицинской эвакуации и репатриации

Если иное не предусмотрено Договором, данное покрытие действует в отношении каждого Застрахованного по Договору, однако если Договором предусмотрено исключение из покрытия того или иного заболевания Застрахованного лица и связанных с ним побочных состояний, то это исключение применяется также и в отношении экстренной медицинской эвакуации и репатриации.

В случае если экстренная медицинская эвакуация или репатриация не была предварительно согласована со Страховщиком, то Страховщик отказывает в возмещении соответствующих расходов, если впоследствии они будут заявлены ему к возмещению.

Услуги, оказание которых организуется в рамках страхования на случай экстренной медицинской эвакуации и репатриации, и покрываемые расходы:

О.1. Экстренная медицинская эвакуация

О.1.1. Медицинская транспортировка Застрахованного лица в больницу

Застрахованному лицу, находящемуся в жизнеугрожающем медицинском состоянии, Служба поддержки организует перевозку воздушным или наземным видом транспорта и размещение в ближайшем медицинском учреждении, где Застрахованному лицу окажут необходимую медицинскую помощь. Служба поддержки имеет полное право самостоятельно, с учетом всех известных ей фактов и обстоятельств, действуя в интересах Застрахованного лица:

- i) определять, находится ли Застрахованное лицо в состоянии, требующем неотложной медицинской помощи;
- ii) выбирать конкретное медицинское учреждение, в которое должно быть эвакуировано Застрахованное лицо;
- iii) выбирать способ, которым будет производиться эвакуация.

О.1.2. Визит с целью оказания Застрахованному лицу необходимой поддержки

В случае если Застрахованное лицо госпитализируется на срок свыше 5 последовательных дней не на родине либо не в стране преимущественного проживания, и если его физическое или душевное состояние таково, что ему рекомендуется общение с лицами, которые в состоянии его поддержать, то Служба поддержки организует и оплатит перелет (туда и обратно) экономклассом и проживание для одного родственника или члена семьи, или друга Застрахованного лица, при получении от Застрахованного лица соответствующего заявления на организацию визита к нему и при условии, что этот визит, по мнению Службы поддержки, является необходимым с медицинской точки зрения, учитывая также психологический аспект.

О.1.3. Транспортировка и проживание сопровождающего лица

О.1.3.1.Стоимость проживания сопровождающего лица в обычном номере отеля

О.1.3.2.Обоснованные и общепринятые расходы на локальные поездки сопровождающего лица от отеля до стационара, куда помещен Застрахованный, и обратно, при условии, что наличие сопровождающего лица является необходимым с медицинской точки зрения, а также при условии, что размещение сопровождающего лица в том или ином отеле предварительно согласовано со Службой поддержки.

О.1.4. Возвращение несовершеннолетних детей

Если по причине болезни, несчастного случая или экстренной медицинской эвакуации Застрахованного лица, находящегося в поездке вместе со своим несовершеннолетним ребенком, этот ребенок оказывается без присмотра, то Застрахованный вправе требовать организации и оплаты перелета данного ребенка в одну сторону экономическим классом — на родину или в страну его преимущественного проживания. Также, по требованию Застрахованного лица, Служба поддержки предоставит сопровождающее лицо для перелета данного ребенка на родину или в страну его преимущественного проживания либо оплатит перелет туда же вместе с ребенком его ближайшего родственника (билеты экономическим классом, при этом родственнику может быть оплачен как билет в одну сторону, так и обратный билет).

О.2. Медицинская репатриация

Служба поддержки организует и оплатит возвращение Застрахованного лица на родину или в страну его преимущественного проживания наземным или воздушным видом транспорта для стационарного лечения, после того как Застрахованное лицо было экстренно эвакуировано для лечения в стационаре, если эта эвакуация была осуществлена в страну иную, чем его родина или страна преимущественного проживания. Служба поддержки имеет полное право самостоятельно, с учетом всех известных ей фактов и обстоятельств, действуя в интересах Застрахованного лица, выбирать способ репатриации, которая в любом случае может быть осуществлена не позже, чем в течение одного месяца после окончания лечения Застрахованного лица.

О.3. Возвращение останков Застрахованного лица или его захоронение в стране, где произошла смерть

а) Транспортировка останков тела Застрахованного лица из страны, где наступила смерть, на

родину или в страну его преимущественного проживания либо б) компенсация на оплату ритуальных услуг в стране, где наступила смерть.

III. Стоматологическая помощь и услуги по безоперационной коррекции зрения

Р.1. Базовая стоматологическая помощь:

Р.1.1. Базовая стоматологическая помощь:

- i) терапевтическая стоматология;
- ii) хирургическая стоматология;
- iii) пародонтология;
- iv) рентгенологические исследования, компьютерная визиография;
- v) анестезия (кроме общего наркоза);
- vi) стоматологические лечебно-профилактические мероприятия (до 2 регулярных медицинских осмотров);
- vii) функциональная диагностика;
- viii) физиотерапевтическое лечение.

Р.1.2. Если иное не предусмотрено Договором, в отношении услуг, связанных с «Базовой стоматологической помощью», срок страхования начинается с первого дня седьмого месяца со дня заключения Договора. В случае заключения очередного Договора срок страхования начинается с даты, указанной в таком Договоре.

Р.2. Комплексная стоматологическая помощь

Р.2.1. Восстановительное лечение, протезирование, эндооссальная имплантация, устранение ортодонтических нарушений у детей до 18 лет.

Р.2.2. Страховым случаем не признается:

- i) замена потерянного или украденного зубного протеза;
- ii) замена зубного протеза, который пригоден или может стать пригодным к использованию в соответствии со стандартами для стоматологов обычной компетентности и обладающих обычными навыками;
- iii) замена зубного протеза в течение 5 (пяти) лет после первоначальной установки, за исключением случаев:
 - a) замены в связи с необходимостью установки оригинального противостоящего полного съемного зубного протеза противостоящих зубов или удалением естественного зуба; или
 - b) повреждения зубного протеза, не поддающегося восстановлению, в результате травмы, полученной Застрахованным лицом во время действия Договора;
- iv) установка керамических или акриловых виниров на верхние и нижние первые, вторые и третьи коренные зубы и малые коренные зубы;

Р.2.3. Если иное не предусмотрено Договором, в отношении услуг, связанных с «Комплексной стоматологической помощью», срок страхования начинается с первого дня одиннадцатого месяца со дня заключения Договора. В случае заключения Договора на новый срок срок страхования начинается с даты, указанной в таком Договоре.

Р.3. Услуги по безоперационной коррекции зрения:

Р.3.1. Приобретение линз и контактных линз, прописанных оптометристом или офтальмологом; приобретение оправы для линз;

Р.3.2. Расходы на приобретение солнцезащитных очков страхованием не покрываются.

Р.3.3. Если иное не предусмотрено Договором, в отношении услуг, связанных с «Безоперационной коррекцией зрения», срок страхования начинается с первого дня седьмого месяца со дня заключения Договора. В случае заключения очередного Договора срок страхования начинается с даты, указанной в таком Договоре.

Исключения

1. Если иное не предусмотрено Договором, обращение Застрахованного лица за медицинской помощью не признается страховым случаем, если это обращение сопровождается или связано с каким-либо из следующих обстоятельств:

- 1.1. ядерный взрыв, радиационное или радиоактивное заражение, химическое загрязнение;
- 1.2. война, восстание, мятеж, революция или иная похожая ситуация, в которой происходят

активные боевые действия; военные маневры, учения, стрельбы, испытания оружия; террористический акт, акт ядерного, химического, биологического терроризма;

в случае, если:

1.2.1. Застрахованное лицо подвергло себя опасности, добровольно войдя в объявленную официальными властями зону отчуждения, конфликта, где происходили активные боевые действия или мятеж, зону проведения антитеррористической операции, зону военных учений, стрельб или испытаний или в зоны с аналогичным риском для жизни и здоровья; или

1.2.2. если Застрахованное лицо было активным участником вышеуказанных действий; или

1.2.3. если Застрахованное лицо не приняло мер (при наличии такой возможности) по обеспечению личной безопасности; или

1.3. умышленные действия Застрахованного лица, приведшие к телесному повреждению или заболеванию; или

1.4. получение травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления; или

1.5. участие Застрахованного лица в драке, ссоре или в любом нарушении общественного порядка либо участие Застрахованного лица в их прекращении, кроме случаев самообороны и в случаях, когда Застрахованное лицо становится жертвой нападения или нарушения общественного порядка; или

1.6. участие Застрахованного лица в подготовке или осуществлении уголовного преступления; или

1.7. диагностика, лечение или реабилитация по поводу алкоголизма, употребления наркотиков, химических средств; по поводу алкогольного отравления; по поводу отравления психотропной, наркотической или галлюциногенной субстанцией, а также по поводу любого медицинского состояния, возникшего как следствие вышеуказанных обстоятельств; или

1.8. исследования и медицинские манипуляции в связи с синдромом апноэ (внезапной остановки дыхания во сне) и с исследованиями сна; или

1.9. курсы лечения, семинары или его обращения за помощью в связи с отказом от курения, даже если это рекомендовано лечащим врачом; или

1.10. курс диеты или консультации, либо участие в мероприятиях, направленных на снижение его веса; или

1.11. медицинские манипуляции по лечению ожирения (включая, но не ограничиваясь этим, обходной желудочный анастомоз, баллонирование желудка, уменьшение объема желудка, наложение обходного еюноилеального анастомоза и другие подобные процедуры и их осложнения); или

1.12. использование препарата «Виагра» и любых других препаратов и методов, применяемых для лечения нарушений эрекции, стимулирующих потенцию, сексуальное влечение; или

1.13. учебный курс подготовки к беременности и (или) родам; или

1.14. обрезание, кроме случаев, когда это необходимо с медицинской точки зрения; или

1.15. консультирование по поводу генетических болезней, соответствующие тесты и скрининги; или

1.16. нахождение в наркотическом или токсическом опьянении; нахождение в состоянии алкогольного опьянения с уровнем содержания алкоголя в крови 2,5 промилле или выше; или

1.17. травма, полученная в результате дорожно-транспортного происшествия, если в этот момент Застрахованное лицо находилось за рулем автомобиля и при этом уровень алкоголя в крови и моче оказался выше уровня, допустимого для поездок на автомобиле в стране возникновения дорожно-транспортного происшествия; или

1.18. травма или заболевание, полученное в результате заключенного Застрахованным пари или спора; или

1.19. занятие спортом в качестве профессионала; или

1.20. занятие экстремальным видом спорта; или

1.21. занятие опасным видом спорта, в случае когда Застрахованный пренебрег мерами предосторожности, безопасности, профилактики; или

- 1.22. самолечение (без предписания врача) или прием лекарственных средств без назначения врача; или
- 1.23. экспериментальные методы лечения; или
- 1.24. омолаживающие процедуры, СПА-процедуры, нахождение на диетическом курорте / рекреации; или
- 1.25. нахождение в доме престарелых, специализирующемся не на оказании медицинской помощи, а преимущественно на уходе за престарелыми, их образовательной и реабилитационной поддержке; или
- 1.26. лечение членом его семьи, даже если он является дипломированным врачом; или
- 1.27. стоматологическая помощь и протезирование; или
- 1.28. беременность, роды и уход за новорожденным; или
- 1.29. операция кесарево сечение по желанию; или
- 1.30. стерилизация или бесплодие; или
- 1.31. использование контрацептивов и методов для предотвращения зачатия и беременности; или
- 1.32. аборт, кроме случаев медицинской необходимости для спасения матери; или
- 1.33. косметические и (или) эстетические процедуры, кроме восстановительного лечения после несчастного случая; или
- 1.34. операции по коррекции зрения (кератэктомия и кератотомия, включая методы «ЛАСИК» и «ЛАСЕК»), кроме случаев рефракционного заболевания роговицы (в этом случае хирургия покрывается аналогично другим хирургическим операциям, если они предусмотрены Программой); или
- 1.35. коррекционное обучение; или
- 1.36. операция по изменению пола, подготовка к ней и связанное с изменением пола лечение; или
- 1.37. облысение Застрахованного лица, подбор и изготовление парика и/или вживление волос и все виды лечения выпадения волос; или
- 1.38. предшествующие медицинские состояния или связанные с ними побочные медицинские состояния; или
- 1.39. соответствующая медицинская помощь оказывается до начала срока страхования или после даты его окончания; или
- 1.40. получение медицинских и иных услуг, не предусмотренных Договором страхования и Программой страхования; или
- 1.41. получение медицинской помощи, не назначенной лечащим врачом либо не являющейся необходимой с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания; или
- 1.42. получение медицинских и иных услуг в медицинских организациях, не предусмотренных Договором страхования и не согласованных Страховщиком; или
- 1.43. заболевание диагностировано или его лечение проводилось врачом, не имеющим необходимой квалификации; или
- 1.44. нарушение здоровья Застрахованного лица, прямо или косвенно связанное с ВИЧ-инфицированием или с венерическим заболеванием; или
2. Если иное не предусмотрено Договором, в рамках страхования на случай экстренной медицинской эвакуации и репатриации не организуется оказание услуг, не признаются страховым случаем, не оплачиваются расходы и не возмещаются затраты, которые затребованы либо понесены в связи с:
 - 2.1. болезнью, находящейся в процессе лечения, но на стадии, когда состояние Застрахованного лица еще не стабилизировано; или
 - 2.2. болезнью, возникающей во время поездки, предпринятой с целью уточнения диагноза; или
 - болезнью, возникающей во время поездки для целей лечения; или
 - 2.3. болезнью, в связи с которой Застрахованный не менее двух раз уже был репатрирован в

течение срока страхования; или

2.4. опухолью или болезнью, лечение которых, необходимое с медицинской точки зрения, возможно по месту пребывания Застрахованного; или

2.5. беременностью, кроме ее непредвиденных осложнений; или

2.6. добровольным прерыванием беременности или родами, или искусственным оплодотворением, а также последствиями указанных действий; или

2.7. психическим заболеванием; или

2.8. последствиями

i) официально объявленной эпидемии смертельно опасного заболевания;

ii) применения бактериологического оружия;

iii) применения химического оружия/газов;

iv) применения отравляющих веществ, временно выводящих из строя;

v) воздействия нейротоксичных веществ или веществ с остаточным нейротоксическим действием, которые подпадают под карантин, профилактические меры или особый мониторинг со стороны местных и/или национальных органов здравоохранения в стране пребывания Застрахованного лица, за исключением случаев, когда данное воздействие наступило неожиданно после прибытия Застрахованного лица в зону загрязнения; или

2.9. профессиональным занятием спортом; или

2.10. нарушением Застрахованным лицом официально объявленных запретов или несоблюдением требований безопасности при занятиях спортом; или

2.11. несчастным случаем во время занятий Застрахованным лицом авиаспортом или любым экстремальным спортом; или

2.12. нарушением Застрахованным лицом рекомендаций Службы поддержки в отношении транспортировки и лечения; или

2.13. поисково-спасательными мероприятиями на воде с использованием воздушного транспорта; или

2.14. поисково-спасательными мероприятиями в горах, если они осуществляются вне зон, отведенных властями для занятия зимними видами спорта и отдыха; или

2.15. предшествующим медицинским состоянием или связанным с ним побочным медицинским состоянием; или

2.16. расходы, понесенные Застрахованным лицом на организованные им самим, без предварительного согласования со Службой поддержки, транспортировку и/или размещение/проживание, не возмещаются Страховщиком. Также расходы Застрахованного лица на его питание и все расходы, по которым Застрахованное лицо не в состоянии предоставить документальное подтверждение, возмещению не подлежат.

Приложение № 2 к Правилам международного добровольного медицинского страхования
Заявление на заключение договора международного добровольного медицинского страхования
(страхователь — юридическое лицо)

Раздел 1: ИНФОРМАЦИЯ О РАБОТОДАТЕЛЕ

Название компании:		
Юридический адрес (индекс, страна, город, улица, номер дома):		
Почтовый адрес (индекс, страна, город, улица, номер дома):	☐ совпадает с юридическим	☐ другой (просьба указать ниже)
Контактное лицо:		
Должность:		
E-mail:		
Контактный телефон:		
Вид деятельности:		

Раздел 2: СТРАХОВАНИЕ

Группа Застрахованных:	Определение категории сотрудников, заявленных на страхование:		
Количество сотрудников:	всего	заявленных на страхование	
Иностранные граждане:	_____ (чел.)	_____ (чел.)	
Граждане РФ:	_____ (чел.)	_____ (чел.)	
Работодатель оплачивает премию за:	сотрудника:	☐ 100 %	☐ Другое: _____ %
	члена семьи:	☐ 100 %	☐ Другое: _____ %

Раздел 2: СТРАХОВАНИЕ (продолжение)

Все работники, подпадающие под категорию «Группа Застрахованных», обязаны быть включены в договор страхования?	☐ Да	☐ Нет (указать причину ниже)
	Если нет, указать причину:	

Все члены семьи обязаны быть включены в договор страхования?	☐ Да	☐ Нет (указать причину ниже)
	Если нет, указать причину:	
Текущий Страховщик:		Предполагаемая дата расторжения: _____ (дд/мм/гггг)
Тип покрытия:		

Раздел 3: ОЦЕНКА РИСКА

Данный Раздел должен быть заполнен лицом, ответственным за корпоративное страхование. Пожалуйста, ответьте на данные вопросы полно, достоверно и точно насколько Вы можете судить по имеющейся у Вас информации в отношении лиц, заявленных на страхование.

1. Все Застрахованные лица имеют статус «активно работающий» ¹ и выполняют свою работу без сокращенного рабочего графика по состоянию здоровья на дату заключения данного Договора.	
а. Известно ли Вам о том, что на дату заключения данного Договора один из работников не будет соответствовать определению статуса «активно работающий»?	☐ Да ☐ Нет
б. Известно ли Вам о том, что один из работников планирует взять отпуск по медицинским показаниям или другой отпуск (кроме ежегодного основного оплачиваемого отпуска) в течение следующих 12 месяцев?	☐ Да ☐ Нет
2. Известно ли Вам о том, что лицо, заявленное на страхование, госпитализировано или ему назначено или рекомендовано оперативное лечение?	☐ Да ☐ Нет
3. Известно ли Вам о том, что лицу, заявленному на страхование, было проведено лечение на общую сумму свыше 5000 евро за последние 12 месяцев или лицо, заявленное на страхование, планирует провести лечение на сумму свыше 5000 евро в течение следующих 12 месяцев?	☐ Да ☐ Нет

Раздел 3: ОЦЕНКА РИСКА (продолжение)

Если Вы ответили «да» на любой из вышеуказанных вопросов, пожалуйста, предоставьте дополнительную информацию ниже.
Пожалуйста, приложите дополнительные листы с подписью, если необходимо:

Раздел 4: ПРИКРЕПЛЕНИЕ ЗАСТРАХОВАННОГО

Дата начала действия покрытия для нового сотрудника (выбрать одно):	☐ Дата, на которую сотрудник соответствует определению статуса «активно работающего»
	☐ По окончании испытательного периода: _____ (количество дней).

Раздел 5: ОПЛАТА СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ

☐ Годовая	☐ Полугодовая	☐ Квартальная
----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

¹ Статус «активно работающий» означает, что работник выполняет свою работу на рабочем месте согласно трудовому договору с работодателем и выполняет активно и компетентно основную часть обязанностей в рамках своей должностной инструкции и без сокращенного рабочего графика. Активно работающими признаются также те работники, которые находятся в очередном ежегодном отпуске; отпуске, предоставленном на время учебы (продолжительностью не более 1 месяца в году); отпуске по беременности и родам; отпуске по уходу за ребенком; отпуске по семейным обстоятельствам (продолжительностью не более трех дней).

Примечание: предусмотрено увеличение премии ко всем способам, кроме годовой оплаты.

Раздел 6: ДЕКЛАРАЦИЯ РАБОТОДАТЕЛЯ

1. Настоящим Работодатель предоставляет Страховщику _____ и _____ (Администратору) право произвести оценку возможных рисков, связанных с приемом на страхование заявленных лиц, и подтверждает наличие соответствующих согласий от работников.
2. Сведения, сообщаемые в данном Заявлении, соответствуют истине, являются полными и достоверными. Работодатель _____ понимает, что предоставление заведомо ложных сведений может стать основанием для признания Договора страхования незаключенным либо недействительным.
3. Работодатель _____ проинформирован о том, что страховая премия зависит от возраста лица, заявляемого на страхование, на момент заключения Договора страхования, и согласен с тем, что если с момента заполнения настоящего Заявления до момента заключения Договора лицо, заявляемое на страхование, становится старше, то страховая премия может быть увеличена.
4. Работодатель признает Список Застрахованных лиц (Приложение 1) и Анкету Клиента (Приложения 2 и 3) как неотъемлемые части настоящего Заявления.

К Заявлению прилагается:

Приложение № 1: Список Застрахованных лиц на _____ листах;

Приложение № 2: Анкета клиента - юридического лица.

Приложение № 3 Анкета клиента - индивидуального предпринимателя

С Правилами международного добровольного медицинского страхования, утвержденными приказом №013 от 4 февраля 2020 г., Программой международного добровольного медицинского страхования ознакомлен, с их положениями согласен и обязуюсь выполнять.

Подпись:

Дата:

Ф. И. О. представителя
Работодателя:

Должность:

Приложение № 1 к Заявлению на заключение договора международного добровольного
медицинского страхования

СПИСОК ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ

№	Фамилия	Имя	Отчество	Пол	Дата и место рождения Гражданство	Должность	Программа страхования	Адрес проживания					Документ, удостоверяющий личность				Мобильный телефон	E-mail
								Город	Улица	Дом	Строение	Квартира	Серия	Номер	Дата выдачи	Кем выдан		

От имени СТРАХОВЩИКА

_____ Ф. И. О.

М. П.

От имени СТРАХОВАТЕЛЯ

_____ Ф. И. О.

М. П. (при наличии)

Приложение № 2 к Заявлению на заключение договора международного добровольного
медицинского страхования

Анкета клиента — юридического лица

Просьба заполнить Анкету полностью (в письменном либо печатном виде) и проставить подпись и печать.

При заполнении Анкеты не должно быть пустых граф. При отсутствии реквизитов проставляется «нет».

ЮЛ — юридическое лицо.

ИСБОЮЛ — иностранная структура без образования юридического лица.

I. Информация о Клиенте		
1.1	Полное наименование с указанием организационно-правовой формы	
1.2	ИНН - для резидента ИНН или Код иностранной организации - для нерезидента Код (при наличии) в государстве регистрации в качестве налогоплательщика - для ИСБОЮЛ	
1.3	Сведения о государственной регистрации	
1.3.1	ОГРН - для резидента	
1.3.2	Номер записи об аккредитации филиала, представительства иностранного ЮЛ в гос. реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных ЮЛ; Регистрационный номер ЮЛ по месту учреждения и регистрации - для нерезидента	
1.3.3	Место государственной регистрации (местонахождение)	
1.3.4	Регистрационный номер (при наличии), присвоенный в государстве регистрации - для ИСБОЮЛ	
1.4	Адрес юридического лица	
1.5	Коды ОКАТО, ОКПО (при наличии)	
1.6	Место ведения основной деятельности ИСБОЮЛ	
1.7	В отношении трастов и иных ИСБОЮЛ с аналогичной структурой или функцией	Состав имущества, находящегося в управлении (собственности): _____ Ф.И.О. (наименование) и адрес места жительства (места нахождения) учредителей и доверительного собственника (управляющего): _____ _____
1.8	Сведения об органах ЮЛ, ИСБОЮЛ (структура и персональный состав органов управления ЮЛ, за исключением сведений о персональном составе акционеров (участников) ЮЛ, владеющих менее чем 1% акций (долей) ЮЛ, структура и персональный состав органов управления ИСБОЮЛ (при наличии))	
1.8.1	Наименование органа управления/структура: _____	

1.8.2	Персональный состав органов управления (Ф.И.О. с указанием доли владения): _____	
1.9	Контактная информация (при наличии: телефон, факс, e-mail)	
1.10	Сведения о лицензии на право осуществления деятельности, подлежащей лицензированию: вид, номер, дата, кем выдана, срок действия, перечень видов лицензируемой деятельности	
1.11	БИК (для кредитных организаций – резидентов)	
1.12	Цели установления и предполагаемый характер деловых отношений	Вид договора страхования: _____
1.13	Сведения (документы) о финансовом положении	
1.13.1	Бухгалтерский баланс (отчет о финансовом результате) за последний отчетный период	
1.13.2	Годовая (квартальная) налоговая декларация с отметками налогового органа о ее принятии (или без таковой отметки с приложением копии квитанции об отправке заказного письма с описью вложения или копии подтверждения отправки на бумажных носителях) за последний отчетный период	
1.13.3	Справка об исполнении налогоплательщиком обязанности по уплате налогов, сборов, пеней, штрафов, выданная налоговым органом	
1.13.4	Отсутствие производства по делу о несостоятельности (банкротстве)	
1.13.5	Аудиторское заключение за прошедший год	
1.13.6	Отсутствие вступившего в законную силу решения судебных органов о признании несостоятельным (банкротом) и (или) информация о проведении процедур ликвидации по состоянию на дату представления документов	
1.13.7	Отсутствие фактов неисполнения своих денежных обязательств по причине отсутствия денежных средств на банковских счетах	
1.13.8	Данные о рейтингах, присвоенных международными рейтинговыми агентствами («Standard & Poor's», «Fitch Ratings», «Moody's Investors Service») и (или) национальными рейтинговыми агентствами	
1.14	Сведения о деловой репутации	

1.14.1	Отзывы в произвольной письменной форме от деловых партнеров	
1.14.2	Иные документы	
1.15	Сведения об источниках происхождения денежных средств	☐ средства, полученные в рамках осуществляемой хозяйственной деятельности ☐ собственные средства ☐ заемные средства (займы от третьих лиц, учредителей и т.д.) ☐ иные

II. Информация о Представителе клиента

2.1	Документ, подтверждающий полномочия, его реквизиты (наименование, дата выдачи, срок действия, номер документа)	
2.2	Фамилия, имя, отчество (при наличии)	
2.3	Гражданство	
2.4	ИНН (при наличии)	
2.5	Дата и место рождения	
2.6	Реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия (при наличии) и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения (при наличии)	
2.7	Адрес места жительства (регистрации)/адрес места пребывания	
2.8	СНИЛС (при наличии)	
2.9	Основной государственный регистрационный номер (ОГРНИП), место регистрации (для ИП)	
2.10	Контактная информация (при наличии: телефон, факс, e-mail)	
2.11	Дополнительно для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ:	
2.11.1	Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания в РФ, дата окончания срока пребывания в РФ	
2.11.2	Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия)	

III. Информация о Бенефициарных владельцах

Просьба заполнить Приложение № 1 к Анкете. Данное требование не распространяется на Клиентов, которые являются одним из нижеперечисленных лиц.

Просьба указать, является ли Клиент:

- ☐ органом государственной власти, иным государственным органом, органом местного самоуправления, учреждением, находящимся в их ведении, государственным внебюджетным фондом, государственной корпорацией или организацией, в которой Российская Федерация, субъекты Российской Федерации либо муниципальные образования имеют более 50 % акций (долей) в капитале;
- ☐ международной организацией, иностранным государством или административно-

территориальной единицей иностранных государств, обладающей самостоятельной правоспособностью;

☐ эмитентом ценных бумаг, допущенных к организованным торгам, которые раскрывают информацию в соответствии с законодательством Российской Федерации о ценных бумагах;

☐ иностранной организацией, ценные бумаги которой прошли процедуру листинга на иностранной бирже, входящей в перечень, утвержденный Банком России;

☐ иностранной структурой без образования юридического лица, организационная форма которой не предусматривает наличия Бенефициарного владельца, а также единоличного исполнительного органа;

☐ Банком России.

Заполняется Клиентом / Представителем клиента

Ф. И. О.	Подпись	Дата, М. П.	Уполномоченное лицо Клиента / должность

Заполняется сотрудником Страховщика

Ф. И. О.	Подпись	Дата	Должность

Сведения о Бенефициарных владельцах

Бенефициарный владелец — это физическое лицо, которое в конечном счете прямо или косвенно (через третьих лиц) владеет (имеет преобладающее участие более 25 % в капитале) Клиентом либо имеет возможность контролировать действия Клиента, т. е. физическое лицо, обладающее хотя бы одним из следующих признаков:

- 1) является участником/акционером Клиента, владеющим более 25 % долей/акций с правом голоса в уставном капитале Клиента;
- 2) косвенно (через третьих лиц) владеет более 25 % долей/акций с правом голоса в уставном капитале Клиента;
- 3) имеет возможность воздействовать на принимаемые Клиентом решения, в том числе об осуществлении сделок, несущих кредитный риск, финансовых операций, и оказывать влияние на величину дохода Клиента.

Просьба заполнить Анкету на каждого Бенефициарного владельца.

I. Информация о Бенефициарных владельцах			
1.1.	Фамилия, имя, отчество (при наличии)		
1.2.	Гражданство		
1.3.	ИНН (при наличии)		
1.4.	Дата и место рождения		
1.5.	Реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия (при наличии) и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения (при наличии)		
1.6.	Адрес места жительства (регистрации) / адрес места пребывания		
1.7.	СНИЛС (при наличии)		
1.8.	Контактная информация (при наличии: телефон, факс, e-mail)		
1.9.	Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ		
1.9.1.	Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания в РФ, дата окончания срока пребывания в РФ		
1.9.2.	Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия)		
1.10	Статус публичного должностного лица (ПДЛ) ² ; отношение к ПДЛ	☐ Да (является ПДЛ) ☐ Нет ☐ Да (является родственником ПДЛ) Если «да», указать должность, наименование и адрес работодателя; степень родства либо статус (супруг или супруга) - по отношению к лицу, являющемуся ПДЛ (для лиц, являющихся родственниками ПДЛ)	
Заполняется Клиентом / Представителем клиента			
Ф. И. О.	Подпись	Дата, М. П.	Уполномоченное лицо Клиента / должность
Заполняется Представителем Страховщика / Страховщиком			
Ф. И. О.	Подпись	Дата	Должность

² К публичным должностным лицам (ПДЛ) относятся иностранные публичные должностные лица, должностные лица публичных международных организаций, а также лица, замещающие (занимающие) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации, а также родственники вышеуказанных лиц

Приложение № 3 к Заявлению на заключение договора международного добровольного
медицинского страхования

Анкета клиента — индивидуального предпринимателя

Просьба заполнить Анкету полностью (в письменном либо печатном виде) и проставить подпись и печать. При заполнении Анкеты не должно быть пустых граф. При отсутствии реквизитов проставляется «нет».

I. Информация о Клиенте		
1.1.	Фамилия, имя, отчество (при наличии)	
1.2.	Гражданство	
1.3.	ИНН (при наличии)	
1.4.	Дата и место рождения	
1.5.	Реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия (при наличии) и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения (при наличии)	
1.6.	Адрес места жительства (регистрации) / адрес места пребывания	
1.7.	СНИЛС (при наличии)	
1.8.	ОГРНИП, место регистрации	
1.9.	Контактная информация (при наличии: телефон, факс, e-mail)	
1.10.	Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ	
1.10.1.	Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания в РФ, дата окончания срока пребывания в РФ	
1.10.2.	Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия)	
1.11.	Статус публичного должностного лица (ПДЛ) ³ ; отношение к ПДЛ	☐ Да (является ПДЛ) ☐ Нет ☐ Да (является родственником ПДЛ) Если «да», указать должность, наименование и адрес работодателя; степень родства либо статус (супруг или супруга) - по отношению к лицу, являющемуся ПДЛ (для лиц, являющихся родственниками ПДЛ)
1.12	Для ИП:	
1.12.1	Цели установления и предполагаемый характер деловых отношений	Вид договора страхования:
1.12.2	Сведения о лицензиях на право осуществления деятельности, подлежащей лицензированию: вид, номер, дата выдачи лицензии; кем выдана; срок действия; перечень видов лицензируемой деятельности (при наличии)	

³ К публичным должностным лицам (ПДЛ) относятся иностранные публичные должностные лица, должностные лица публичных международных организаций, а также лица, замещающие (занимающие) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации, а также родственники вышеуказанных лиц

1.12.3	Сведения (документы) о финансовом положении (копии годовой бухгалтерской отчетности (бухгалтерский баланс, отчет о финансовом результате), и (или) копии годовой (либо квартальной) налоговой декларации, и (или) копия аудиторского заключения за прошедший год, и (или) справка об исполнении налогоплательщиком (плательщиком сборов, налоговым агентом) обязанности по уплате налогов, сборов, пеней, штрафов; и (или) сведения об отсутствии производства по делу о несостоятельности (банкротстве), вступивших в силу решений судебных органов о признании его несостоятельным (банкротом), проведении процедур ликвидации по состоянию на дату представления документов в Компанию; и (или) сведения об отсутствии фактов неисполнения своих денежных обязательств по причине отсутствия денежных средств на банковских счетах и.пр.	
1.12.4	Сведения об источниках происхождения денежных средств	☐ заработная плата ☐ накопления ☐ предпринимательская деятельность ☐ иное
1.12.5	Сведения о деловой репутации (отзывы в произвольной письменной форме от деловых партнеров; иные документы)	
II. Информация о Представителе клиента (при наличии)		
2.1.	Документ, подтверждающий полномочия, его реквизиты (наименование, дата выдачи, срок действия, номер документа)	
2.2.	Фамилия, имя, отчество (при наличии)	
2.3.	Гражданство	
2.4.	ИНН (при наличии)	
2.5.	Дата и место рождения	
2.6.	Реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия (при наличии) и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения (при наличии)	
2.7.	Адрес места жительства (регистрации) / адрес места пребывания	
2.8.	СНИЛС (при наличии)	
2.9.	Контактная информация (при наличии: телефон, факс, e-mail)	
2.10.	Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ	
2.10.1.	Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания в РФ, дата окончания срока пребывания в РФ	
2.10.2.	Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия)	
IV. Информация о Бенефициарных владельцах		
Бенефициарным владельцем является сам клиент. ☐ Да ☐ Нет Если «нет», заполняется Приложение № 1 к Анкете на каждого Бенефициарного владельца		

Сведения о Бенефициарных владельцах

Бенефициарный владелец — это физическое лицо, которое в конечном счете прямо или косвенно (через третьих лиц) владеет (имеет преобладающее участие более 25 % в капитале) Клиентом либо имеет возможность контролировать действия Клиента, т. е. физическое лицо, обладающее хотя бы одним из следующих признаков:

- 1) является участником/акционером Клиента, владеющим более 25 % долей/акций с правом голоса в уставном капитале Клиента;
- 2) косвенно (через третьих лиц) владеет более 25 % долей/акций с правом голоса в уставном капитале Клиента;
- 3) имеет возможность воздействовать на принимаемые Клиентом решения, в том числе об осуществлении сделок, несущих кредитный риск, финансовых операций, и оказывать влияние на величину дохода Клиента.

Просьба заполнить Анкету на каждого Бенефициарного владельца.

I. Информация о Бенефициарных владельцах			
1.1.	Фамилия, имя, отчество (при наличии)		
1.2.	Гражданство		
1.3.	ИНН (при наличии)		
1.4.	Дата и место рождения		
1.5.	Реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия (при наличии) и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения (при наличии)		
1.6.	Адрес места жительства (регистрации) / адрес места пребывания		
1.7.	СНИЛС (при наличии)		
1.8.	Контактная информация (при наличии: телефон, факс, e-mail)		
1.9.	Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ		
1.9.1.	Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания в РФ, дата окончания срока пребывания в РФ		
1.9.2.	Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия)		
1.10	Статус публичного должностного лица (ПДЛ) ⁴ ; отношение к ПДЛ	☐ Да (является ПДЛ) ☐ Нет ☐ Да (является родственником ПДЛ) Если «да», указать должность, наименование и адрес работодателя; степень родства либо статус (супруг или супруга) - по отношению к лицу, являющемуся ПДЛ (для лиц, являющихся родственниками ПДЛ)	
Заполняется Клиентом / Представителем клиента			
Ф. И. О.	Подпись	Дата, М. П.	Уполномоченное лицо Клиента / должность
Заполняется Представителем Страховщика / Страховщиком			
Ф. И. О.	Подпись	Дата	Должность

⁴ К публичным должностным лицам (ПДЛ) относятся иностранные публичные должностные лица, должностные лица публичных международных организаций, а также лица, замещающие (занимающие) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации, а также родственники вышеуказанных лиц

ЗАЯВЛЕНИЕ

на заключение Договора международного добровольного медицинского страхования

Страховщик: _____

Администратор: _____

- ☐ Новый Договор страхования
- ☐ Добавление Застрахованного лица в действующий Договор страхования
- Укажите номер Договора: _____

Срок страхования — 12 месяцев.
Дата начала: датой начала срока действия Договора, как правило, является дата принятия Анкеты Администратором. Однако, если Вам необходимо, чтобы дата начала срока приходилась на будущее время (учитывая срок истечения действующих договоров), Вы можете сделать это, заполнив поле «Дата начала» в Разделе 1.
Ни при каких обстоятельствах дата начала не может быть раньше, чем срок принятия Анкеты.

Часть 1. СВЕДЕНИЯ О СТРАХОВАТЕЛЕ

При любом изменении информации просим Вас сообщить нам об этом для обеспечения налаженной коммуникации и качественного обслуживания.

☐ Господин	☐ Госпожа	Титул	
Фамилия, имя, отчество (на русском языке)			
Имя:	Фамилия:	Отчество:	
Фамилия, имя, отчество (латинскими буквами)			
Имя:	Фамилия:	Отчество:	
Как Вы предпочитаете, чтобы к Вам обращались?			
Если Ваше полное имя Петров Иван Иванович, мы можем к Вам обращаться г-н Петров, Иван Иванович, Иван или Ваня. Всю корреспонденцию мы будем направлять, используя выбранное Вами обращение.			
Дата рождения:	/ /	Пол:	☐ мужской ☐ женский
Гражданство (если двойное, укажите оба):			
Место рождения:	ИНН (при наличии) СНИЛС (при наличии)		

Контактные данные

Номер телефона:		Это Ваш
		☐ мобильный ☐ домашний ☐ рабочий
Для СМС-уведомлений укажите, пожалуйста, номер мобильного телефона:		
Адрес электронной почты:		
Адрес регистрации:		

Адрес постоянного проживания:	☐ совпадает с адресом регистрации		☐ другой (просьба указать ниже)
Почтовый адрес:	☐ совпадает с адресом регистрации	☐ совпадает с адресом постоянного места проживания	☐ другой (просьба указать ниже)

Документ, удостоверяющий личность

Тип:	Серия:	Номер:
Кем выдан:		
Код подразделения:	Дата выдачи: / /	
Для лиц, не являющихся гражданами РФ	Документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия): Данные миграционной карты (номер карты, дата начала срока пребывания в РФ, дата окончания срока пребывания в РФ):	
Статус публичного должностного лица (ПДЛ) ¹ ; Отношение к ПДЛ	☐ Да (является ПДЛ) ☐ Нет ☐ Да (является родственником ПДЛ) Если «да», указать должность, наименование и адрес работодателя; степень родства либо статус (супруг или супруга) - по отношению к лицу, являющемуся ПДЛ (для лиц, являющихся родственниками ПДЛ)	
Сведения о занятости Страхователя:	☐ учусь ☐ работаю ☐ не работаю ☐ пенсионер	
Место работы (наименование работодателя) / место учебы:		
Должность (пожалуйста, укажите полностью):		
Сфера деятельности:		
Дата приема на работу (дд/мм/гггг):	/ /	Количество рабочих часов в неделю:
Семейное положение:	☐ не женат / не замужем ☐ женат/замужем ☐ разведен/разведена ☐ вдовец/вдова	
Публичное должностное лицо РФ	☐ Да ☐ Нет Если да, указать должность, наименование и адрес работодателя:	
Родственник публичного должностного лица РФ	☐ Да ☐ Нет Если да, указать степень родства либо статус (супруг или супруга):	

Часть 2. ЛИЦА, ЗАЯВЛЕННЫЕ НА СТРАХОВАНИЕ

Лицо, заявленное на страхование — 1 (Основной Застрахованный)

¹ К публичным должностным лицам (ПДЛ) относятся иностранные публичные должностные лица, должностные лица публичных международных организаций, а также лица, замещающие (занимающие) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации, а также родственники вышеуказанных лиц

Основной Застрахованный является Страхователем	☐ Да ☐ Нет	Если да, переходим к следующему разделу «Лицо, заявленное на страхование — 2»
Кем приходится Страхователю:	☐ супруг(а) ☐ ребенок ☐ другое _____	
Фамилия, имя, отчество (на русском языке) Имя: _____ Фамилия: _____ Отчество: _____		
Фамилия, имя, отчество (латинскими буквами) Имя: _____ Фамилия: _____ Отчество: _____		
Дата и место рождения:	/ /	
Гражданство (если двойное, укажите оба):	_____	

Документ, удостоверяющий личность

Тип:	Серия:	Номер:
Кем выдан:	_____	
Код подразделения:	Дата выдачи:	/ /
Адрес регистрации:	_____	
Для лиц, не являющихся гражданами РФ Документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия): _____ Данные миграционной карты (номер карты, дата начала срока пребывания в РФ, дата окончания срока пребывания в РФ): _____		

Лицо, заявленное на страхование — 2

Кем приходится Страхователю:	☐ супруг(а) ☐ ребенок ☐ другое _____	
Фамилия, имя, отчество (на русском языке) Имя: _____ Фамилия: _____ Отчество: _____		
Фамилия, имя, отчество (латинскими буквами) Имя: _____ Фамилия: _____ Отчество: _____		
Дата и место рождения:	/ /	
Гражданство (если двойное, укажите оба):	_____	

Документ, удостоверяющий личность

Тип:	Серия:	Номер:
Кем выдан:	_____	
Код подразделения:	Дата выдачи:	/ /

Адрес регистрации:

Для лиц, не являющихся гражданами РФ

Документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия): _____

Данные миграционной карты (номер карты, дата начала срока пребывания в РФ, дата окончания срока пребывания в РФ):

Лицо, заявленное на страхование — 3

Кем приходится Страхователю:

☐ супруг(а) ☐ ребенок ☐ другое _____

Фамилия, имя, отчество (на русском языке)

Имя:

Фамилия:

Отчество:

Фамилия, имя, отчество (латинскими буквами)

Имя:

Фамилия:

Отчество:

Дата и место рождения:

/ /

Гражданство (если двойное, укажите оба):

Документ, удостоверяющий личность

Тип:

Серия:

Номер:

Кем выдан:

Код подразделения:

Дата выдачи:

/ /

Адрес регистрации:

Для лиц, не являющихся гражданами РФ

Документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия): _____

Данные миграционной карты (номер карты, дата начала срока пребывания в РФ, дата окончания срока пребывания в РФ):

Лицо, заявленное на страхование — 4

Кем приходится Страхователю:

☐ супруг(а) ☐ ребенок ☐ другое _____

Фамилия, имя, отчество (на русском языке)

Имя:

Фамилия:

Отчество:

Фамилия, имя, отчество (латинскими буквами)

Имя:

Фамилия:

Отчество:

Дата и место рождения:

/ /

Гражданство (если двойное, укажите оба):

Документ, удостоверяющий личность

Тип:	Серия:	Номер:
Кем выдан:		
Код подразделения:	Дата выдачи: / /	
Адрес регистрации:		
Для лиц, не являющихся гражданами РФ Документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия): _____ Данные миграционной карты (номер карты, дата начала срока пребывания в РФ, дата окончания срока пребывания в РФ): _____		

Лицо, заявленное на страхование — 5

Кем приходится Страхователю:	☐ супруг(а) ☐ ребенок ☐ другое _____	
Фамилия, имя, отчество (на русском языке)		
Имя:	Фамилия:	Отчество:
Фамилия, имя, отчество (латинскими буквами)		
Имя:	Фамилия:	Отчество:
Дата и место рождения:	/ /	
Гражданство (если двойное, укажите оба):		

Документ, удостоверяющий личность

Тип:	Серия:	Номер:
Кем выдан:		
Код подразделения:	Дата выдачи: / /	
Адрес регистрации:		
Для лиц, не являющихся гражданами РФ Документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия): _____ Данные миграционной карты (номер карты, дата начала срока пребывания в РФ, дата окончания срока пребывания в РФ): _____		

Часть 3. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

Пожалуйста, отметьте необходимую территорию страхования:

☐ I — Россия и Европа, кроме Швейцарии и Великобритании
☐ II — весь мир, включая Россию, кроме США
☐ III — весь мир

Пожалуйста, отметьте медицинские учреждения, в которых Вы хотели бы получать услуги:

Заявление. Международное медицинское страхование

☐ Сеть 1: все медицинские учреждения, кроме сети медицинских учреждений группы «Европейский медицинский центр (ЕМС)» в г. Москве

☐ Сеть 2: все медицинские учреждения с ____ % софинансированием услуг в сети медицинских учреждений группы _____

Часть 4. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ

Пожалуйста, отметьте интересующую Вас Программу страхования:

☐ _____

☐ _____

☐ _____

Дополнительная опция

Стоматологическая помощь и услуги по безоперационной коррекции зрения:

☐ нет ☐ «_____»

☐ «_____»

Если да, пожалуйста, отметьте какая опция:

Пожалуйста, отметьте подходящий для Вас вариант франшизы:

☐ 0 €

☐ 1000 €

☐ 2000 €

☐ 5000 €

Софинансирование

☐ Да

☐ Нет

Пожалуйста, отметьте подходящий для Вас вариант оплаты:

☐ один раз в год

☐ два раза в год

☐ ежеквартальная

☐ ежемесячная

Часть 5. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Являетесь ли Вы застрахованным лицом по действующему договору медицинского страхования другой страховой компании, и (или) в Вашу пользу заключен договор на обслуживание в медицинском учреждении?

☐ Да

☐ Нет

Если да, то планируется ли его продление?

☐ Да

☐ Нет

Желаемая дата начала действия страхового покрытия:

/ /

Часть 6. ДЕКЛАРАЦИЯ

Я признаю настоящее Заявление неотъемлемой частью Договора международного добровольного медицинского страхования.

Я понимаю, что характер сведений, предоставленных в настоящем Заявлении, является основанием для заключения Договора страхования между мной и Страховщиком. Я понимаю и согласен с тем, что предоставление заведомо ложных сведений может стать основанием для признания Договора страхования недействительным.

Я предоставляю Страховщику и Администратору право произвести оценку возможных рисков, связанных с приемом на страхование лиц, заявленных мной. Подробные сведения о данных лицах представлены в Анкете, являющейся приложением к настоящему Заявлению на заключение Договора международного добровольного медицинского страхования. Я поставлен в известность о возможном изменении предлагаемых условий страхования (в виде особых условий и (или) повышающих коэффициентов к тарифу) по результатам оценки риска.

Я проинформирован о том, что страховая премия зависит от возраста лица, заявленного на страхование, на момент заключения Договора страхования, и согласен с тем, что если с момента заполнения настоящего Заявления до момента заключения Договора лицо, заявленное на страхование, становится старше, то страховая премия может быть увеличена.

Я согласен (-на) с тем, что Договор страхования вступит в силу только после принятия Страховщиком решения о заключении Договора страхования, но не ранее уплаты мной страховой премии (первого страхового взноса), что будет подтверждено вручением мне Договора.

Я согласен (-на) с тем, что Договор страхования может быть заключен на новый срок и вступит в силу, только если между сторонами достигнуто соглашение по всем существенным условиям, но не ранее уплаты мной страховой премии (первого страхового взноса), что будет подтверждено вручением мне Дополнительного соглашения к действующему Договору страхования или очередного Договора на новый срок.

Подписывая настоящее Заявление, я, Страхователь, подтверждаю, что:

- ни я, ни мой (-я) супруг (-а) или близкий родственник (родители, дети, дедушки, бабушки, внуки, полнородные и неполнородные братья и сестры, усыновители или усыновленные) не занимают должности, указанные в статье 7.3 Федерального закона от 7 августа 2001 года № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» (далее по тексту — Закон № 115-ФЗ) а также что я не действую по поручению вышеуказанных лиц;
- в случае, если я или мой (-я) супруг (-а) или близкий родственник (родители, дети, дедушки, бабушки, внуки, полнородные и неполнородные братья и сестры, усыновители или усыновленные) занимают должность, указанную в статье 7.3 Закона № 115-ФЗ, обязуюсь сообщить об этом Страховщику и Администратору в письменном виде, указав наименование должности, наименование и адрес работодателя; степень родства либо статус (супруг или супруга), а в случае наличия принадлежности к иностранному публичному должностному лицу — источники происхождения денежных средств и иного имущества;
- источниками происхождения средств, вносимых в качестве страхового взноса, являются личные накопления и/или кредитные средства;
- в случае несоответствия фактических обстоятельств и фактов утверждениям, отраженным в настоящем Заявлении, обязуюсь письменно указать фактические обстоятельства и факты;
- на момент подписания настоящего Заявления все сведения являются полными и достоверными.

В случае изменения сведений, указанных в настоящем Заявлении, обязуюсь сообщить об этом Страховщику и Администратору в письменном виде в течение 5 рабочих дней со дня соответствующих изменений.

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Подписывая настоящее Заявление, я, Страхователь, являясь субъектом персональных данных, своей волей и в своих интересах в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ, иными нормативно-правовыми актами выражаю свое согласие Страховщику _____ (далее — Оператор), зарегистрированному по адресу: _____, и лицам, действующим по его поручению, на обработку своих персональных данных, к которым относится любая информация, что касается Страхователя (Застрахованного), в том числе:

- имя, отчество, фамилия;
- год, месяц, дата рождения;
- место рождения;
- пол;
- сведения о месте регистрации и фактического проживания;
- контактные данные (номер телефона, e-mail);
- реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения);
- идентификационный номер налогоплательщика;
- семейное положение;
- социальное положение;
- имущественное положение;
- сведения о трудовой деятельности;
- образование;
- доходы.

Настоящим я, Страхователь, выражаю свое согласие Страховщику на предоставление Застрахованному (-ым)

Заявление. Международное медицинское страхование

информации по Договору страхования, заключенному на основании настоящего Заявления, об исполнении Страховщиком и/или Страхователем (Застрахованным) обязательств по Договору страхования, заключенному на основании настоящего Заявления, в том числе информации об оплате и размере страховой премии (страховых взносов), размере страховой суммы, о возникновении и урегулировании претензий, наступлении / вероятности наступления страховых случаев, выплате страхового возмещения и другой, имеющей отношение к Договору страхования, заключенному на основании настоящего Заявления, информации.

Настоящее Согласие на обработку персональных данных предоставляется в целях заключения Договора международного добровольного медицинского страхования на основании настоящего Заявления, а также для исполнения Договора международного добровольного медицинского страхования.

Оператор в вышеуказанных целях вправе осуществлять обработку персональных данных Застрахованного, под которой понимаются действия (операции), совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ) перестраховочным компаниям, организациям, оказывающим ассистанские и иные услуги, в том числе и трансграничную передачу, в страны, как обеспечивающие адекватную защиту персональных данных, так и не обеспечивающие такую, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, указанных в настоящем Заявлении или полученных Страховщиком иным законным способом, в целях заключения и исполнения Договора страхования, включая его перестрахование, урегулирование убытков по Договору страхования, администрирование Договора страхования, формирование статистики и систематизации данных, а также в целях предоставления Страхователю с помощью средств электронной связи (телефон, факс, мобильная связь, электронная почта, СМС-сообщения, уведомления и т. д.) информации, связанной с исполнением Договора страхования, и о продуктах, услугах, специальных акциях, для осуществления опросов по качеству оказанных услуг, проведения маркетинговых исследований, а также осуществления любых иных действий с учетом действующего законодательства Российской Федерации.

Настоящим Страхователь выражает Оператору Согласие на обработку вышеуказанных персональных данных в означенных выше целях следующими способами:

- неавтоматизированная обработка персональных данных;
- исключительно автоматизированная обработка персональных данных с передачей полученной информации по сети или без таковой;
- смешанная обработка персональных данных.

Настоящее Согласие Страхователя действительно в течение срока действия Договора страхования, заключенного на основании настоящего Заявления, и Договора страхования, заключенного на новый срок, и в течение 5 лет после окончания срока действия Договора страхования, заключенного на основании настоящего Заявления, и может быть отозвано путем подачи мною соответствующего письменного заявления в _____ не менее чем за 3 (три) рабочих дня до даты отзыва Согласия.

Мне, Страхователю, разъяснены и понятны положения частей 2, 6 статьи 9, статьи 14 ФЗ РФ «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ, а именно:

- в случае недееспособности субъекта персональных данных согласие на обработку его персональных данных дает законный представитель субъекта персональных данных;
- Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных (его законным представителем). В случае отзыва субъектом персональных данных Согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, указанных в п. 5 ч. 1 ст. 6, п. 8 ч. 2 ст. 10 указанного Федерального закона, а именно: «обработка персональных данных необходима для исполнения договора, стороной которого либо выгодоприобретателем или поручителем по которому является субъект персональных данных, а также для заключения договора по инициативе субъекта персональных данных или договора, по которому субъект персональных данных будет являться выгодоприобретателем или поручителем»; «обработка персональных данных осуществляется в соответствии с законодательством об обязательных видах страхования, со страховым законодательством»;
- субъект персональных данных имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных, в объеме и порядке, установленных указанным федеральным законом. Субъект персональных данных вправе требовать от Оператора уточнения его персональных данных, их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, неточными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленной цели обработки, а также принимать предусмотренные законом меры по защите своих прав.

Настоящим Страхователь подтверждает, что в соответствии со статьями 14, 18 ФЗ РФ «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ до начала обработки персональных данных Страхователя (Застрахованного) Страховщик _____ (адрес: _____) предоставил информацию о своем наименовании и

адресе, о целях обработки персональных данных и ее правовом основании, о предполагаемых пользователях персональных данных и установленных указанным федеральным законом правах субъекта персональных данных.

С Правилами международного добровольного медицинского страхования, утв. приказом №013 от 4 февраля 2020 г., ознакомлен и согласен. Экземпляр Правил на руки получил.

Подпись Страхователя:

Дата подписания:

Подпись	Ф. И. О.	/	/
---------	----------	---	---

АНКЕТА

к Договору международного добровольного медицинского страхования

Страховщик: АО «Группа Ренессанс Страхование»

Администратор:

- ☐ Новый Договор страхования
- ☐ Добавление Застрахованного лица в действующий Договор страхования

Укажите номер Договора:

Настоящая Анкета должна быть заполнена самостоятельно лицом, заявленным на страхование (за ребенка Анкета заполняется его законным представителем). Лицо, заявленное на страхование, обязано предоставить в Анкете достоверные и полные данные, а также сообщить о всех известных ему обстоятельствах, которые могут повлиять на решение Страховщика о заключении Договора или о заключении Договора на согласованных особых условиях. Сведения, сообщаемые в данной Анкете, имеют существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления. Предоставление полных и достоверных сведений, запрашиваемых в данной Анкете, является существенным условием Договора страхования согласно ст. 432 Гражданского кодекса РФ, и в случае его несоблюдения в отношении такого Застрахованного лица Договор страхования может быть признан недействительным полностью или в части в судебном порядке на основании ст. 944 Гражданского кодекса РФ.

Пожалуйста, заполните Анкету печатными буквами ручкой с синими или черными чернилами.

Обратите внимание! В Анкете необходимо заполнять все поля, включая персональные и контактные данные, а также ответить на медицинские вопросы полно, достоверно и точно.

Вся предоставленная информация будет обрабатываться в строгой конфиденциальности. Пожалуйста, сохраните запись (включая копии всех писем) всей информации, предоставленной нам для целей заключения настоящего Договора.

На основании информации, указанной в данной Анкете, специалистами Администратора могут быть поставлены дополнительные вопросы, ответы на которые необходимы для определения степени риска и заключения Договора страхования.

Данная Анкета действительна в течение 2 (двух) месяцев с даты ее заполнения и подписания Вами. Новая Анкета будет необходима по истечении этого периода.

Медицинский андеррайтинг — это процесс, посредством которого андеррайтеры оценивают предоставленные данные при принятии решения о применении особых условий. Страховщик имеет право сократить объем данных, обязательных для предоставления по Анкете по своему усмотрению.

Мы рекомендуем Вам сохранять всю информацию, которую Вы предоставляете нам вместе с этой Анкетой. Пожалуйста, приложите все медицинские отчеты или результаты тестов к Вашей Анкете (если таковые имеются). Возможно мы попросим о необходимости заполнить дополнительную медицинскую анкету, если нам потребуется больше информации. Вся информация будет обрабатываться в строгой конфиденциальности. Мы полагаемся на информацию, которую Вы предоставляете в этой Анкете, чтобы решить, принять или не принять Вас на страхование или есть ли необходимость в особых условиях. Особые условия — это исключения или условия, которые мы можем применить к Вашему покрытию. Если Вы подаете заявление на организацию и оплату медицинских услуг какого-либо существующего на момент заключения Договора состояния и не информируете нас об этом здесь, то мы можем отказать в этом возмещении.

Я понимаю, что под предшествующим медицинским состоянием подразумевается любое заболевание или состояние, которое существовало до включения в программу международного медицинского страхования, независимо от того, беспокоило ли оно меня, получал ли я какое-либо лечение или рекомендации от врача. При этом под побочным медицинским состоянием понимается ухудшение здоровья, вызванное заболеванием, существовавшим ранее или развившимся в результате той же причины.

Пожалуйста, приложите все усилия, чтобы гарантировать полное и точное заполнение данной Анкеты. Если после заполнения Анкеты и до оплаты страховой премии или до начала действия Вашего Договора произойдут какие-либо изменения, относящиеся к информации, указанной в Анкете, такие как изменение состояния здоровья, Вы должны уведомить нас в письменной форме об этих изменениях. Мы оставляем за собой право принять Вашу Анкету на особых условиях.

Заполненную форму и копию документа, удостоверяющего личность, отправьте, пожалуйста, через Вашего представителя или напрямую Администратору _____. Вы также можете отсканировать документы и отправить нам на электронную почту по адресу: _____@_____.

Часть 1. СВЕДЕНИЯ О ЗАСТРАХОВАННОМ ЛИЦЕ

При любом изменении информации просим Вас сообщить нам об этом для обеспечения налаженной коммуникации и качественного обслуживания.

☐ Господин	☐ Госпожа	Титул
Фамилия, имя, отчество (на русском языке)		
Имя:	Фамилия:	Отчество:
Фамилия, имя, отчество (латинскими буквами)		
Имя:	Фамилия:	Отчество:
Как Вы предпочитаете, чтобы к Вам обращались?		
<i>Если Ваше полное имя Петров Иван Иванович, мы можем к Вам обращаться г-н Петров, Иван Иванович, Иван или Ваня. Всю корреспонденцию мы будем направлять, используя выбранное Вами обращение.</i>		
Дата рождения:	/ /	Пол: ☐ мужской ☐ женский
Гражданство (если двойное, укажите оба):		Место рождения: ИНН (при наличии) СНИЛС (при наличии)

Статус лица, заявленного на страхование

Страхователь	☐ Да ☐ Нет	Если да, переходите к Части 2 «Вопросы о состоянии здоровья»
Основной Застрахованный	☐ Да ☐ Нет	
Если нет, какое отношение к Основному Застрахованному лицу:	☐ член семьи родственник	☐
Укажите детали: ☐ супруг (-а) ☐ ребенок ☐ внук (внучка) ☐ племянник (племянница) ☐ брат (сестра) ☐ другое _____		
Семейное положение:	☐ не женат / не замужем ☐ женат/замужем ☐ разведен/разведена ☐ вдовец/вдова	

Контактные данные

Номер телефона:		Это Ваш ☐ мобильный ☐ домашний ☐ рабочий
Для СМС-уведомлений укажите, пожалуйста, номер мобильного телефона:		
Адрес электронной почты:		
Адрес регистрации:		
Адрес постоянного проживания:	☐ совпадает с адресом регистрации	☐ другой (просьба указать ниже)

Почтовый адрес:	☐ совпадает с адресом регистрации	☐ совпадает с адресом постоянного места проживания	☐ другой (просьба указать ниже)

Документ, удостоверяющий личность

Тип:	Серия:	Номер:
Кем выдан:		
Код подразделения:	Дата выдачи: / /	
Для лиц, не являющихся гражданами РФ	Документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия): Данные миграционной карты (номер карты, дата начала срока пребывания в РФ, дата окончания срока пребывания в РФ):	

Статус лица (старше 16 лет):	☐ учусь ☐ работаю ☐ не работаю ☐ пенсионер			
Место работы (наименование работодателя) / место учебы:				
Должность (пожалуйста, укажите полностью):				
Сфера деятельности:				
Дата приема на работу (дд/мм/гггг):	/	/	Количество рабочих часов в неделю:	

Являетесь ли Вы застрахованным лицом по действующему договору медицинского страхования другой страховой компании, и (или) в Вашу пользу заключен договор на обслуживание в медицинском учреждении?	☐ Да ☐ Нет
Если да, то планируется ли его продление?	☐ Да ☐ Нет

Часть 2. ВОПРОСЫ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

Пожалуйста, ответьте на приведенные ниже вопросы, исходя из своего медицинского анамнеза. Вам следует в обязательном порядке сообщить нам все существенные (т. е. такие, которые могут повлиять на наше решение о принятии Вашей Анкеты на страхование) факты о состоянии Вашего здоровья. Если Вы не уверены в том, имеет ли значение та или иная информация, все равно укажите ее.

1.	Рост и вес _____ см _____ кг		
Просим ответить на следующие вопросы, отметив крестиком один из двух возможных ответов. Если ответ — «да», то ниже просим ответить подробнее.			
2.	Курите или курили ли Вы? Если да, то сколько сигарет/сигар/трубок в день?	☐ Да	☐ Нет
3.	Употребляете (или употребляли) ли Вы алкоголь?	☐ Да	☐ Нет

	Если да, отметьте, сколько единиц в неделю употребляете/употребляли: (50 мл водки = 1 единица, 150 мл вина = 1 единица, 250 мл пива = 1 единица)	☐	☐	
		Да	Нет	
4.	Планируете ли Вы в ближайшее время обратиться в больницу для лечения, обследования или операции (в т. ч. амбулаторной)?	☐	☐	
		Да	Нет	
5.	Были ли Вы госпитализированы (в т. ч. и на дневном уходе) или проходили ли Вы когда-либо лечение в санатории?	☐	☐	
		Да	Нет	
6.	Направлялись ли Вы на проведение лабораторных анализов, включая тесты на ВИЧ, гепатиты А, В и/или С?	☐	☐	
		Да	Нет	
7.	Получали ли Вы когда-либо отказ в принятии Вас на медицинское страхование или на страхование жизни или получали согласие на принятие на страхование, но на особых условиях?	☐	☐	
		Да	Нет	
8.	Есть ли у Вас в настоящий момент или эпизодически какие-либо жалобы на здоровье или иные поводы для возможного обращения к врачу?	☐	☐	
		Да	Нет	
9.	Ставился ли Вам когда-либо диагноз, или рекомендовалось или проводилось ли Вам лечение, или назначались лекарственные препараты, или беспокоили какие-либо жалобы, даже если Вы не обращались к врачу, по причине:			
9.1.	солидного рака, например рака легких, кишечника, простаты, груди и т. д., или гемобластозов, например лейкемии, миеломы, лимфомы или доброкачественных опухолей, включая кисты, полипы, липому?	☐	☐	
		Да	Нет	
9.2.	заболеваний лор-органов (уха, горла, носа), например снижения или резкой потери слуха, шума в ушах, инфекционного воспаления (синуситы, отиты, тонзиллиты) или любых других заболеваний лор-органов?	☐	☐	
		Да	Нет	
9.3.	заболеваний органов зрения, например катаракты, глаукомы, ослабления зрения или любых других нарушений зрения?	☐	☐	
		Да	Нет	
9.4.	заболеваний нервной системы, например мигрени, повторяющихся головных болей, невралгий, невритов, инсульта, паралича, рассеянного склероза, эпилепсии, обмороков, эпизодов потемнения в глазах или судорог или любых других заболеваний нервной системы?	☐	☐	
		Да	Нет	
9.5.	заболеваний сердечно-сосудистой системы, например высокого артериального давления, ишемической болезни сердца, заболеваний коронарных артерий, инфаркта, сердечной недостаточности, аневризм, пороков сердца, стенокардии, нарушений ритма, варикозных расширенных вен или любых других заболеваний сердечно-сосудистой системы?	☐	☐	
		Да	Нет	
9.6.	заболеваний крови, например анемий, тромбозов, нарушения свертываемости крови или любых других заболеваний крови?	☐	☐	
		Да	Нет	
9.7.	заболеваний эндокринной системы, например ожирения, повышенного холестерина, атеросклероза, сахарного диабета I или II типа, заболеваний щитовидной железы, гормональных нарушений или любых других заболеваний	☐	☐	
		Да	Нет	

	эндокринной системы?			
9.8.	любых ревматических или воспалительных заболеваний суставов, например ревматизма, артрита, подагры?	☐	☐	
		Да	Нет	
9.9.	любых заболеваний позвоночника, костей, мышц или суставов, например межпозвоночных грыж, болей в спине, остеопороза, артроза?	☐	☐	
		Да	Нет	
9.10.	заболеваний дыхательной системы, например бронхиальной астмы, хронического бронхита, апноэ, пневмонии, туберкулеза, аллергических заболеваний или любых других заболеваний легких и респираторной системы?	☐	☐	
		Да	Нет	
9.11.	заболеваний почек или мочеполовой системы, например камней в почках, почечной недостаточности, пиелонефрита, простатита, цистита, уретрита, заболеваний, передающихся половым путем, или любых других заболеваний почек или мочеполовой системы?	☐	☐	
		Да	Нет	
9.12.	заболеваний пищеварительной системы, например рефлюксной болезни, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, хронического гастрита, гепатита, цирроза, панкреатита, холецистита, камней в желчном пузыре, повышенных функциональных проб печени, болезни Крона, язвенного колита или любых других заболеваний пищеварительной системы?	☐	☐	
		Да	Нет	
9.13.	любых кожных заболеваний, например экземы, аллергических высыпаний, акне, родинки, которые чешутся или кровоточат, псориаза, грибковых заболеваний, герпетической инфекции или других заболеваний кожи?	☐	☐	
		Да	Нет	
9.14.	каких-либо физических, анатомических дефектов или врожденных, наследственных заболеваний?	☐	☐	
		Да	Нет	
9.15.	каких-либо нервных, умственных или психических расстройств, например эпилептических припадков, фактов психического заболевания, депрессий, расстройств пищевого поведения?	☐	☐	
		Да	Нет	
9.16.	алкогольной, никотиновой или наркотической зависимости (конопля, опиаты, метамфетамин или галлюциногены)?	☐	☐	
		Да	Нет	
9.17.	любого заболевания, травмы, расстройства здоровья, о котором не сообщено в виде ответов на вышеперечисленные вопросы?	☐	☐	
		Да	Нет	
10.	Имели ли Вы какое-либо заболевание или телесное повреждение, которое приводило к потере трудоспособности или продолжительность лечения которого составила более 10 дней?	☐	☐	
		Да	Нет	
11.	Являетесь ли Вы инвалидом I, II или III группы или имеете категорию «ребенок-инвалид», нуждаетесь в постоянном уходе по состоянию здоровья, имеете направление на медико-социальную экспертизу?	☐	☐	
		Да	Нет	
12.	Посещали ли Вы когда-нибудь врача?	☐	☐	
		Да	Нет	

13.	Принимаете ли Вы какие-либо лекарственные препараты в настоящий момент?	☐	☐	
	Да		Нет	
	Если да, то укажите подробности (название препарата, дозировка, график приема, причина приема):			

СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ АДРЕСОВАНЫ ТОЛЬКО ЖЕНЩИНАМ:

14.	Были ли у Вас когда-либо патология беременности (угроза выкидыша, выкидыш) либо дородовые или послеродовые осложнения?	☐	☐	
	Да		Нет	
15.	Проходили ли Вы когда-либо или планируете ли пройти лечение от бесплодия, невынашивания беременности?	☐	☐	
	Да		Нет	
16.	Ставился ли Вам когда-либо диагноз по поводу любого гинекологического заболевания, например нерегулярных менструаций, эндометриоза, поликистоза яичников или заболевания молочных желез?	☐	☐	
	Да		Нет	
17.	Беременны ли Вы на момент ответа на данный вопрос?	☐	☐	
	Да		Нет	
17.1.	Если да, то каков срок беременности (в неделях)?			
17.2.	Наблюдались ли у Вас когда-либо осложнения данной беременности?	☐	☐	
	Да		Нет	

Часть 2. ВОПРОСЫ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ (сокращенный перечень вопросов)

1.	Ставился ли Вам когда-либо диагноз, или рекомендовалось или проводилось ли Вам лечение, или находились ли Вы в больнице или другом медицинском учреждении по причине:			
1.1.	высокого артериального давления и/или инфаркта миокарда?	☐	☐	
	Да		Нет	
1.2.	рака?	☐	☐	
	Да		Нет	
1.3.	эмфиземы или хронической обструктивной болезни легких?	☐	☐	
	Да		Нет	
1.4.	инсульта?	☐	☐	
	Да		Нет	
1.5.	почечной недостаточности?	☐	☐	
	Да		Нет	
1.6.	диабета I или II типа?	☐	☐	
	Да		Нет	
1.7.	психических или нервных расстройств?	☐	☐	
	Да		Нет	
1.8.	алкоголизма, наркотической зависимости?	☐	☐	
	Да		Нет	
1.9.	панкреатита?	☐	☐	
	Да		Нет	

2.	Проводилась ли Вам когда-либо открытая операция на сердце?	☐	☐	
		Да	Нет	
3.	Проводилась ли Вам когда-либо операция по пересадке органов, или ожидаете ли Вы донорский орган в настоящий момент?	☐	☐	
		Да	Нет	
4.	Ставился ли Вам когда-либо диагноз или проводилось лечение по причине синдрома приобретенного иммунного дефицита (СПИД) или СПИД-ассоциированного комплекса?	☐	☐	
		Да	Нет	
5.	Проводилось ли Вам любое серьезное медицинское лечение, или наблюдалось любое серьезное нарушение состояния здоровья, не указанное выше?	☐	☐	
		Да	Нет	
6.	Беременны ли Вы в настоящий момент? Укажите, пожалуйста, предполагаемую дату родов:	☐	☐	
		Да	Нет	

Часть 3. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

При заполнении блока ниже укажите максимально подробные сведения для каждого вышеизложенного пункта в случае положительного ответа. При необходимости воспользуйтесь отдельным листом с подписью и указанием даты, прикрепите его к настоящей Анкете и подтвердите, что Вы сделали это, поставив галочку здесь ☐.

№ вопроса (пожалуйста, укажите номер вопроса, на который Вы дали ответ «да»): _____

Диагноз (название заболевания или медицинского состояния) или симптомы (вкл. частоту и тяжесть проявления).
Где возможно, укажите область или участок тела, который был поражен (включая левую или правую стороны).

Когда появились первые симптомы?

Когда и какое лечение было проведено (пожалуйста, укажите даты и продолжительность лечения; названия, форму и кратность приема медикаментозных препаратов; проведенные физиотерапевтические процедуры; хирургические вмешательства; название медицинского учреждения; Ф. И. О. лечащего врача)?

Какой был результат лечения (например продолжается, ухудшение состояния, улучшение состояния, полное выздоровление, необходимо повторное или периодическое лечение)?

Возникли ли осложнения до, после или в результате лечения (пожалуйста, укажите какие, тяжесть возникших осложнений)?

Для сокращения сроков проведения медицинского андеррайтинга и формирования взвешенного и обоснованного медицинского решения просим предоставить все имеющиеся у Вас медицинские документы, выписки и заключения врачей по медицинским состояниям, по которым в Части 2 Вы дали ответ «да».

Часть 4. ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ

Укажите, пожалуйста, сведения о враче, который лучше всего знает состояние Вашего здоровья или является Вашим семейным врачом, или с которым Вы консультировались в последний раз:

Ф. И. О врача:	
Должность:	
Медицинское учреждение, где он принимает:	
Контактный телефон:	Адрес электронной почты:
Почтовый адрес:	
Дата последнего посещения и причина:	
Когда Вы стали пациентом указанного врача:	

Часть 5. ДЕКЛАРАЦИЯ И ПОДПИСЬ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

Я, _____,
Ф. И. О. Застрахованного

Если Анкета заполняется законным представителем:

Ф. И. О. законного представителя

(паспорт серия: _____ номер: _____ выдан _____,
зарегистрированный(ая) по _____ адресу: _____,
проживающий(ая) по _____ адресу: _____,
телефон: _____, e-mail: _____
являюсь законным представителем (отцом, матерью), опекуном, попечителем (необходимое подчеркнуть)
моего(ей) несовершеннолетнего(ей) сына, дочери, подопечного (необходимое подчеркнуть).

настоящим подтверждаю свое согласие быть Застрахованным лицом, а также заявляю, что прочитал(а) и понял(а) информацию, изложенную в этой Анкете, и что все вопросы Анкеты мне понятны, и что, насколько мне известно, мои ответы на вопросы и все сведения, приведенные мной в данной Анкете, являются правдивыми, точными и полными.

Я предоставляю Страховщику _____ и _____ (Администратору) полное право использовать сообщенную мной информацию для индивидуальной оценки рисков, связанных с приемом меня на страхование, а также для заключения и исполнения Договора. Я поставлен(а) в известность о возможном изменении предлагаемых условий страхования (в виде особых условий и (или) повышающих коэффициентов к тарифу) по результатам оценки риска.

Я признаю настоящую Анкету неотъемлемой частью Заявления на заключение Договора международного добровольного медицинского страхования и составной частью Договора.

Мне известно, что в том случае, если я указал(а) неверные, ошибочные или вводящие в заблуждение данные или сознательно умолчал(а) или скрыл(а) существенные медицинские данные, Страховщик имеет право признать Договор недействительным в отношении лица, данные о состоянии здоровья которого не соответствуют сведениям, указанным в настоящей Анкете, или отказать в страховой выплате.

В случае необходимости медицинского заключения для подписания Договора я согласен (согласна) на

прохождение медицинского обследования.

Я обязуюсь незамедлительно информировать Администратора в письменном виде в случае каких-либо изменений, включая изменения по состоянию здоровья, наступивших в промежуток времени после заполнения данной Анкеты и до оплаты страховой премии или до начала действия Договора страхования.

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Подписывая настоящее Заявление, я, Застрахованный, являясь субъектом персональных данных, своей волей и в своих интересах в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ, иными нормативно-правовыми актами выражаю свое согласие Страховщику _____ (далее — Оператор), зарегистрированному по адресу: _____, и лицам, действующим по его поручению, на обработку своих персональных данных, к которым относится любая информация, что касается Страхователя (Застрахованного), в том числе:

- имя, отчество, фамилия;
- год, месяц, дата рождения;
- место рождения;
- пол;
- сведения о месте регистрации и фактического проживания;
- контактные данные (номер телефона, e-mail);
- реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения);
- идентификационный номер налогоплательщика;
- семейное положение;
- социальное положение;
- имущественное положение;
- сведения о трудовой деятельности;
- образование;
- доходы;
- сведения о состоянии здоровья;
- сведения, составляющие врачебную тайну, к которым в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ отнесены сведения о факте обращения Застрахованного за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, о перечне медицинских учреждений, в которые Застрахованный обращался за медицинской помощью, и иная информация, необходимая для решения вопроса о страховой выплате.

Настоящее Согласие на обработку персональных данных предоставляется в целях заключения Договора международного добровольного медицинского страхования, по которому лицо, заявленное на страхование, будет застрахованным, а также для исполнения Договора международного добровольного медицинского страхования, застрахованным по которому является лицо, заявленное на страхование.

Оператор в вышеуказанных целях вправе осуществлять обработку персональных данных Застрахованного, под которой понимаются действия (операции), совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ) перестраховочным компаниям, организациям, оказывающим ассистанские и иные услуги, с которыми у Оператора заключено соглашение о конфиденциальности (в частности, но не ограничиваясь компаниям ООО «Медицинская компания «МЕДКОРП», юридический адрес 115114, город Москва, наб. Дербеневская, д.7, стр. 22 эт./пом. 4/XIII, ОГРН 1027739515847, ИНН 7706181640; АО «Ренессанс Здоровье», юридический адрес: 115114, город Москва, Дербеневская набережная, дом 7 строение 22, этаж/пом 3/XII, ОГРН 1057748388378, ИНН 7710601270), в том числе и трансграничную передачу, в страны, как обеспечивающие адекватную защиту персональных данных, так и не обеспечивающие такую, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, указанных в настоящем Заявлении или полученных Страховщиком иным законным способом, в том числе данных о состоянии здоровья Застрахованного, в целях заключения и исполнения Договора страхования, включая его перестрахование, урегулирование убытков по Договору страхования, администрирование Договора страхования, формирование статистики и систематизации данных, а также в целях предоставления Страхователю (Застрахованному) с помощью средств электронной связи (телефон, факс, мобильная связь, электронная почта, СМС-сообщения, уведомления и т. д.) информации, связанной с исполнением Договора страхования, и о продуктах, услугах, специальных акциях, для осуществления

опросов по качеству оказанных услуг, проведения маркетинговых исследований, а также осуществления любых иных действий с учетом действующего законодательства Российской Федерации.

К действиям по обработке персональных данных Застрахованного, на совершение которых мною предоставляется настоящее Согласие, также относятся получение Оператором вышеуказанных сведений от медицинских организаций, страховых организаций, Фонда обязательного медицинского страхования, обработка персональных данных Администратором, передача сведений медицинским учреждениям, партнерам, в том числе составляющих врачебную тайну, в целях заключения и исполнения Договора, оказания информационно-консультационных услуг по планированию и организации лечения в медицинских учреждениях, организации медицинского обследования и лечения лица, заявленного на страхование, проведения необходимых медицинских и/или иных экспертиз, осуществления перестрахования, администрирования и сопровождения Договора страхования.

Настоящим Застрахованный выражает Оператору Согласие на обработку вышеуказанных персональных данных в означенных выше целях следующими способами:

- неавтоматизированная обработка персональных данных;
- исключительно автоматизированная обработка персональных данных с передачей полученной информации по сети или без таковой;
- смешанная обработка персональных данных.

Настоящее Согласие Застрахованного действительно в течение срока действия Договора страхования и Договора страхования, заключенного на новый срок, и в течение 5 лет после окончания срока действия Договора страхования и может быть отозвано путем подачи мною соответствующего письменного заявления в _____ не менее чем за 30 (тридцать) рабочих дня до даты отзыва Согласия.

Мне, Застрахованному, разъяснены и понятны положения частей 2, 6 статьи 9, статьи 14 ФЗ РФ «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ, а именно:

- в случае недееспособности субъекта персональных данных согласие на обработку его персональных данных дает законный представитель субъекта персональных данных;
- Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных (его законным представителем). В случае отзыва субъектом персональных данных Согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, указанных в п. 5 ч. 1 ст. 6, п. 8 ч. 2 ст. 10 указанного Федерального закона, а именно: «обработка персональных данных необходима для исполнения договора, стороной которого либо выгодоприобретателем или поручителем по которому является субъект персональных данных, а также для заключения договора по инициативе субъекта персональных данных или договора, по которому субъект персональных данных будет являться выгодоприобретателем или поручителем»; «обработка персональных данных осуществляется в соответствии с законодательством об обязательных видах страхования, со страховым законодательством»;
- субъект персональных данных имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных, в объеме и порядке, установленных указанным федеральным законом. Субъект персональных данных вправе требовать от Оператора уточнения его персональных данных, их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, неточными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленной цели обработки, а также принимать предусмотренные законом меры по защите своих прав.

Настоящим я, Застрахованный, подтверждаю, что в соответствии со статьями 14, 18 ФЗ РФ «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ до начала обработки персональных данных Застрахованного Страховщик _____ (адрес: _____) предоставил мне информацию о своем наименовании и адресе, о целях обработки персональных данных и ее правовом основании, о предполагаемых пользователях персональных данных и установленных указанным федеральным законом правах субъекта персональных данных.

Подпись Застрахованного лица (либо его законного представителя):

Дата подписания:

_____ _____ Подпись	_____ _____ Ф. И. О.	/	/
---------------------------	----------------------------	---	---

Приложение № 5 к Правилам международного добровольного медицинского страхования

Заявление на получение страхового возмещения

АО «Группа Ренессанс Страхование»

Пожалуйста, ознакомьтесь с важной информацией

Заполните форму **Заявления на получение страхового возмещения** ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ и отправьте ее нам по электронной почте в течение 15 дней с момента получения Вами медицинской помощи (если это возможно). Предоставление полной информации ускоряет процесс обработки Вашего Заявления и компенсации расходов.

Заполните данную форму Заявления для каждого пациента и каждого медицинского состояния отдельно.

Пожалуйста, убедитесь, что раздел **Е «Медицинская информация»** заполнен лечащим врачом.

Только заполненное и подписанное Заявление будет рассмотрено.

Электронные копии заполненного и подписанного **Заявления** вместе с копиями:

- подробных медицинских отчетов с диагнозами и кодами по МКБ-10;
- счетов с детализацией расходов;
- платежных документов;
- рецептов;
- для нерезидента — паспорта и договора (сертификата);

направьте, пожалуйста, по электронной почте _____

Оригиналы документов, а именно:

- кассовый чек или бланк строгой отчетности (квитанция);
- счет, договор на оказание медицинских услуг, акт об оказанных услугах (акт выполненных работ); перечень оказанных услуг;
- направление на лечение;
- выписной эпикриз из карты амбулаторного или стационарного больного;
- рецепт;

направьте, пожалуйста, по почтовому адресу:

Если у Вас есть какие-либо вопросы относительно Заявления или Вам нужна помощь в его заполнении, пожалуйста, свяжитесь с нами любым удобным для Вас способом: по телефону +7, +7 800 или по электронной почте _____

А. ИНФОРМАЦИЯ О СТРАХОВАТЕЛЕ

Фамилия, имя, отчество:		Номер Застрахованного:	
Договор №:		Работодатель (если применимо):	
Дата рождения (ДД/ММ/ГГГГ):		Пол: ☐ мужской ☐ женский	
Адрес:			
Почтовый индекс:		Страна:	
Телефон:		Эл. адрес:	

В. ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ (если Пациент не является Страхователем)

Фамилия, имя, отчество:

Договор №:

Пациент: ☐ супруг ☐ ребенок ☐ другое (пожалуйста, укажите)Дата рождения
(ДД/ММ/ГГГГ):Пол: ☐ мужской ☐ женский

Адрес:

Почтовый индекс:

Страна:

Телефон:

Эл. адрес:

С. ДЕТАЛИЗАЦИЯ РАСХОДОВ

Пожалуйста, подробно укажите медицинские расходы, которые Вы хотели бы возместить. Если Вы планируете возмещать расходы за более чем одно медицинское состояние, для каждого из них должна быть заполнена отдельная форма.

Вид медицинской услуги	Валюта счета	Сумма, указанная в счете	Дата обращения за оказанием услуг	Счет уже оплачен?
				☐ Да ☐ Нет Если да, укажите дату оплаты услуг
				☐ Да ☐ Нет Если да, укажите дату оплаты услуг
				☐ Да ☐ Нет Если да, укажите дату оплаты услуг

Прошу произвести выплату страхового возмещения в сумме

Всего

(сумма прописью)

Если Ваш план включает денежную выплату за лечение в стационаре при отсутствии требований о возмещении расходов, связанных с данной госпитализацией, пожалуйста, предоставьте подтверждающий документ со штампом медицинского учреждения.

В какой валюте Вы хотели бы получить возмещение?

☐ Рубли ☐ Евро

(данная опция возможна только для нерезидентов РФ)

D. МЕТОД ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ КОМПЕНСАЦИИ

Пожалуйста, возместите расходы: ☐ Основному Застрахованному / страхователю ☐ медицинскому учреждению ☐ пациенту ☐ другое

Выплату прошу произвести (отметьте нужное):

☐ наличными☐ перечислением на счет согласно реквизитам ниже

Если Вы заполните этот раздел не полностью или сообщите нам некорректные данные, возможно промедление в осуществлении выплаты. Мы можем возместить Вам средства переводом денег на банковский счет.

Получатель (для счетов физических лиц укажите фамилию, имя и отчество (если есть) владельца счета)	
Гражданство ИНН (при наличии) Дата и место рождения Реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия (при наличии) и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения (при наличии) Адрес места жительства (регистрации) / адрес места пребывания СНИЛС (при наличии) ОГРНИП, место регистрации Контактная информация (при наличии: телефон, факс, e-mail)	
Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ: данные миграционной карты (номер карты, дата начала срока пребывания в РФ, дата окончания срока пребывания в РФ); данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия)	
Статус публичного должностного лица (ПДЛ) ¹ ; отношение к ПДЛ	☐ Да (является ПДЛ) ☐ Нет ☐ Да (является родственником ПДЛ) Если «да», указать должность, наименование и адрес работодателя; степень родства либо статус (супруг или супруга) - по отношению к лицу, являющемуся ПДЛ (для лиц, являющихся родственниками ПДЛ)
Номер счета получателя (международный номер банковского счета — IBAN)	
Валюта банковского счета	
Код банка: ABA / маршрутизация / SWIFT / BIC / RUT / BSB / номер отделения банка	
Банк получателя	
Корр. счет	
БИК банка получателя	
ИНН банка получателя	
ОКПО	
ОКОНХ	
КПП	
Подразделение банка по месту ведения счета карты	
Код подразделения банка по месту ведения счета карты (для внутренних переводов по системе Сбербанка России)	
Другие банковские реквизиты получателя	
ПРОВЕРЬТЕ ВСЕ ТРЕБОВАНИЯ К ИНФОРМАЦИИ О БАНКОВСКОМ СЧЕТЕ И ВАЛЮТЕ ПЕРЕВОДА,	

¹ К публичным должностным лицам (ПДЛ) относятся иностранные публичные должностные лица, должностные лица публичных международных организаций, а также лица, замещающие (занимающие) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации, а также родственники вышеуказанных лиц

Е. МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Данный раздел должен быть заполнен фельдшером или врачом пациента ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ и как можно подробнее. Любые расходы, связанные с заполнением этой формы, не покрываются Договором страхования. Обратите внимание, что Вы должны заполнить отдельную форму Заявления для каждого медицинского состояния.

Фамилия, имя, отчество пациента

Как долго Вы являетесь врачом пациента? _____ лет _____ месяцев

Настоящее заболевание

Дата начала заболевания / дата получения травмы
(ДД/ММ/ГГГГ):

Пожалуйста, опишите симптомы / состояние пациента:

Пожалуйста, опишите симптомы / состояние пациента:

Как давно пациент знает об этих симптомах?

Когда пациент впервые обратился за медицинской помощью по
поводу данного заболевания?

История развития данного заболевания/состояния

Пожалуйста, укажите полную информацию об истории развития данного состояния, а также любых связанных с ним симптомов/состояний, о датах всех консультаций и лечения (включая выданные рецепты). При необходимости используйте дополнительные листы бумаги.

Есть ли необходимость в дополнительных диагностических тестах или лечении? ☐ Да ☐ Нет

Если да, пожалуйста, укажите подробности (в том числе если пациенту требуется обращение в другое медицинское учреждение для проведения лечения или исследований):

Связано ли
лечение с:

а. Профессией пациента?

☐ Да ☐ Нет

Если да, то,
пожалуйста,
укажите дату
и
обстоятельств
ва получения
травмы:

б. Автомобильной аварией?

☐ Да ☐ Нет

с. Другим видом травмы?

☐ Да ☐ Нет

д. Хроническим заболеванием?

☐ Да ☐ Нет

ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЧАЕВ БЕРЕМЕННОСТИ:

Запланированная дата родов
(ДД/ММ/ГГГГ):

Для многоплодной беременности: была ли эта беременность результатом лечения бесплодия или искусственного оплодотворения?

Одноплодная беременность? ☐ Да ☐ Нет

Если да, предоставьте подробную информацию:

Я заявляю, что информация, приведенная в этом медицинском разделе, является достоверной и полной. ☐ Да ☐ Нет

Дата

Подпись медицинского работника или врача

Ф. ПРИЛОЖЕНИЕ

- ☐ Кассовый чек или бланк строгой отчетности (квитанция)
Кол-во: _____ шт.
- ☐ Счет, договор на оказание медицинских услуг, акт об оказанных услугах (акт выполненных работ); перечень оказанных услуг
Кол-во штук/листов: _____ (нужное подчеркнуть)
- ☐ Направление на лечение
Кол-во листов: _____
- ☐ Выписной эпикриз из карты амбулаторного или стационарного больного
Кол-во листов: _____
- ☐ Рецепт
Кол-во листов: _____

Г. ДЕКЛАРАЦИЯ

Я подтверждаю, что, насколько мне известно, информация, содержащаяся в настоящем Заявлении, является достоверной и полной.

Предоставляю Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией для решения вопросов, связанных с оплатой медицинских услуг, по указанному в настоящем Заявлении Договору.

Информация, предоставленная или прилагаемая к этой форме, может быть раскрыта другим лицам или организациям с целью урегулирования данного обращения и оказания медицинской помощи в рамках Договора страхования.

Н. СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Подписывая настоящее Заявление, я, Застрахованный, являясь субъектом персональных данных, своей волей и в своих интересах в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ, иными нормативно-правовыми актами выражаю свое согласие Страховщику _____ (далее — Оператор), зарегистрированному по адресу: _____, и лицам, действующим по его поручению, на обработку своих персональных данных, к которым относится любая информация, что касается Страхователя (Застрахованного), в том числе:

- имя, отчество, фамилия;
- год, месяц, дата рождения;
- место рождения;
- пол;
- сведения о месте регистрации и фактического проживания;
- контактные данные (номер телефона, e-mail);
- реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения);
- идентификационный номер налогоплательщика;
- реквизиты банковского счета;
- семейное положение;
- социальное положение;
- имущественное положение;
- сведения о трудовой деятельности;
- образование;
- доходы;
- сведения о состоянии здоровья;
- сведения, составляющие врачебную тайну, к которым в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ отнесены сведения о факте обращения Застрахованного за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, о перечне медицинских учреждений, в которые Застрахованный обращался за медицинской помощью, и иная информация, необходимая для решения вопроса о страховой выплате.

Настоящее Согласие на обработку персональных данных предоставляется в целях заключения Договора международного добровольного медицинского страхования, по которому лицо, заявленное на страхование, будет застрахованным, а также для исполнения Договора международного добровольного медицинского страхования, застрахованным по которому является лицо, заявленное на страхование.

Оператор в вышеуказанных целях вправе осуществлять обработку персональных данных Застрахованного, под которой понимаются действия (операции), совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ) перестраховочным компаниям, организациям, оказывающим ассистанские и иные услуги, с которыми у Оператора заключено соглашение о конфиденциальности (в частности, но не ограничиваясь компаниям: ООО «Медицинская компания «МЕДКОРП», юридический адрес 115114, город Москва, наб. Дербеневская, д.7, стр. 22 эт./пом. 4/ХІІІ, ОГРН 1027739515847, ИНН 7706181640; АО «Ренессанс Здоровье», юридический адрес: 115114, город Москва, Дербеневская набережная, дом 7 строение 22, этаж/пом 3/ХІІ, ОГРН 1057748388378, ИНН 7710601270), в том числе и трансграничную передачу, в страны, как обеспечивающие адекватную защиту персональных данных, так и не обеспечивающие такую, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, указанных в настоящем Заявлении или полученных Страховщиком иным законным способом, в том числе данных о состоянии здоровья Застрахованного, в целях заключения и исполнения Договора страхования, включая его перестрахование, урегулирование убытков по Договору страхования, администрирование Договора страхования, формирование статистики и систематизации данных, а также в целях предоставления Страхователю (Застрахованному) с помощью средств электронной связи (телефон, факс, мобильная связь, электронная почта, СМС-сообщения, уведомления и т. д.) информации, связанной с исполнением Договора страхования, и о продуктах, услугах, специальных акциях, для осуществления опросов по качеству оказанных услуг, проведения маркетинговых исследований, а также осуществления любых иных действий с учетом действующего законодательства Российской Федерации.

К действиям по обработке персональных данных Застрахованного, на совершение которых мною предоставляется настоящее Согласие, также относятся получение Оператором вышеуказанных сведений от медицинских организаций, страховых организаций, Фонда обязательного медицинского страхования, обработка персональных данных Администратором, передача сведений медицинским учреждениям, партнерам, в том числе составляющих врачебную тайну, в целях заключения и исполнения Договора, оказания информационно-консультационных услуг по планированию и организации лечения в медицинских учреждениях, организации медицинского обследования и лечения лица, заявленного на страхование, проведения необходимых медицинских и/или иных экспертиз, осуществления перестрахования, администрирования и сопровождения Договора страхования.

Настоящим Застрахованный выражает Оператору Согласие на обработку вышеуказанных персональных данных в означенных выше целях следующими способами:

- неавтоматизированная обработка персональных данных;
- исключительно автоматизированная обработка персональных данных с передачей полученной информации по сети или без таковой;
- смешанная обработка персональных данных.

Настоящее Согласие Застрахованного действительно в течение срока действия Договора страхования и Договора страхования, заключенного на новый срок, и в течение 5 лет после окончания срока действия Договора страхования и может быть отозвано путем подачи мною соответствующего письменного заявления в _____ не менее чем за 30 (тридцать) рабочих дня до даты отзыва Согласия.

Мне, Застрахованному, разъяснены и понятны положения частей 2, 6 статьи 9, статьи 14 ФЗ РФ «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ, а именно:

- в случае недееспособности субъекта персональных данных согласие на обработку его персональных данных дает законный представитель субъекта персональных данных;
- Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных (его законным представителем). В случае отзыва субъектом персональных данных Согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, указанных в п. 5 ч. 1 ст. 6, п. 8 ч. 2 ст. 10 указанного Федерального закона, а именно: «обработка персональных данных необходима для исполнения договора, стороной которого либо выгодоприобретателем или поручителем по которому является субъект персональных данных, а также для заключения договора по инициативе субъекта персональных данных или договора, по которому субъект персональных данных будет являться выгодоприобретателем или поручителем»; «обработка персональных данных осуществляется в соответствии с законодательством об обязательных видах страхования, со страховым законодательством»;
- субъект персональных данных имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных, в объеме и порядке, установленных указанным федеральным законом. Субъект персональных данных вправе требовать от Оператора уточнения его персональных данных, их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, неточными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленной цели обработки, а также принимать предусмотренные законом меры по защите своих прав.

Настоящим я, Застрахованный, подтверждаю, что в соответствии со статьями 14, 18 ФЗ РФ «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ до начала обработки персональных данных Застрахованного Страховщик _____ (адрес: _____) предоставил мне информацию о своем наименовании и адресе, о целях обработки персональных данных и ее правовом основании, о предполагаемых пользователях персональных данных и установленных указанным федеральным законом правах субъекта персональных данных.

СТРАХОВАТЕЛЬ:

Дата:

Ф. И. О., телефон сотрудника, принимающего документы

Дата:

Договор международного добровольного медицинского страхования (образец)
№ [XXXXXXX/20XX]

[xx месяц 20XX]

г. Москва

1. Стороны Договора

Страховщик:

[Реквизиты компании]

Страхователь:

[Реквизиты компании]

2. Предмет Договора

2.1. Настоящий Договор заключен между Страхователем и Страховщиком в соответствии с Правилами международного добровольного медицинского страхования [xx] (далее — Правила), утвержденными [xx], являющимися Приложением № 1 к настоящему Договору, а также в соответствии с Программами международного добровольного медицинского страхования, являющимися Приложением № 2 к настоящему Договору. Положения Правил и Программ применяются постольку, поскольку они не противоречат Договору.

2.2. Территория страхования устанавливается в отношении каждого Застрахованного лица и указана в Списке Застрахованных, далее — Список (Приложение № 3 к Договору), и индивидуальном страховом Сертификате, выданном каждому Застрахованному работнику Страхователя .

2.3. Объектом страхования являются:

2.3.1. имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их;

2.3.2. имущественные интересы, связанные с риском возникновения непредвиденных расходов физических лиц, в том числе связанных с возвращением Застрахованного и сопровождающего его лица к месту пребывания, транспортировкой сопровождающих лиц Застрахованного, транспортировкой детей Застрахованного, визитом близкого родственника Застрахованного, а также оплатой организации репатриации тела (останков) Застрахованного лица.

2.4. Страховым случаем является:

2.4.1. обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинское учреждение по поводу заболевания, травмы, отравления и по иным основаниям за медицинскими услугами и медицинской помощью, включая, но не ограничиваясь этим, лечебную, диагностическую, лекарственную, консультативную, реабилитационно-восстановительную, оздоровительную, медико-социальную, профилактическую помощь, при условии, что данное обращение повлекло или может повлечь за собой возникновение соответствующих расходов, и что медицинские и иные услуги и медицинская помощь предусмотрены Программой и являются необходимыми с медицинской точки зрения.

Обращение Застрахованного в медицинскую организацию может осуществляться в дистанционном формате (телемедицина);

2.4.2. возникновение непредвиденных расходов, связанных с организацией и оплатой услуг по предоставлению медицинского оборудования; расходы по медицинской транспортировке; денежная выплата за пребывание в стационаре при отсутствии требований по оплате расходов, связанных с данной госпитализацией; расходы по срочному визиту третьего лица в чрезвычайной ситуации; расходы по эвакуации детей; расходы по сопровождению Застрахованного лица третьим лицом; расходы по перевозке останков Застрахованного лица до транспортного узла, ближайшего к месту, где постоянно проживал Застрахованный, в связи с его смертью в период действия Договора страхования в результате несчастного случая, острого заболевания или обострения хронического заболевания.

3. Застрахованные лица

3.1. Застрахованными лицами являются работники Страхователя в количестве **XX** человек(а), а также члены их семей (родители, дети, супруги) в количестве **XX** человек(а). Общая численность Застрахованных лиц на дату заключения Договора составляет **XX** человек(а). Перечень Застрахованных лиц на дату заключения Договора указан в Списке. В Списке указывается Программа страхования, предусмотренная Договором в отношении каждого Застрахованного лица.

3.2. Страхователь вправе по согласованию со Страховщиком заменить Программу в отношении Застрахованного лица при условии, что заявление о замене Программы подается Страхователем не менее чем за пять рабочих дней до указанной в заявлении даты замены Программы.

3.3. Страхователь обязан [вправе] заявить на страхование по Программам, предусмотренным Договором, своего нового работника, с которым заключается трудовой договор [если применимо: Страхователь также обязан [вправе] заявить на страхование по Программам, предусмотренным Договором, членов семьи застрахованного работника при условии уведомления Страховщика об этом в течение 30 дней с даты принятия на страхование работника¹].

3.4. Заявление о заключении Договора в отношении нового лица подается Страхователем не менее чем за пять рабочих дней до указанной в заявлении даты начала срока страхования в отношении данного лица. Срок страхования новых лиц может быть установлен следующим образом:

а) дата начала будет соответствовать дате начала трудовых отношений соответствующего работника со Страхователем [дата начала будет соответствовать дате, следующей по истечении **хх**-дневного испытательного срока работника];

б) дата окончания будет соответствовать дате окончания срока страхования Договора в целом.

3.5. Страховщик вправе принять решение о страховании по Договору лиц в возрасте 65 лет и старше на индивидуальных условиях, дополнительно оговариваемых Сторонами.

3.6. [Если применимо: не принимаются на страхование члены семьи работника, если до окончания предусмотренного Договором срока страхования осталось менее 30 дней.]

3.7. Страховщик обязуется выдать Страхователю страховой Сертификат для каждого Основного Застрахованного лица в течение 5 рабочих дней после начала соответствующего срока страхования. Страховой Сертификат будет содержать информацию о названии Программы страхования, сроке действия покрытия и, если применимо, особых условиях (если они выдвинуты Администратором по итогам анкетирования Застрахованного лица и/или его медицинского обследования и оценки степени страхового риска).

3.8. Страховые Сертификаты являются неотъемлемой частью Договора. Шаблон страхового Сертификата является Приложением № 4 к Договору.

3.9. Страхователь обязан передать Застрахованному страховой Сертификат и разъяснить условия страхования, определенные Договором.

3.10. Страхователь вправе [обязан] в любой момент прекратить Договор в отношении Застрахованного лица, трудовые отношения с которым прекратились. Страхователь обязан направить Страховщику соответствующее заявление не менее чем за 5 (пять) рабочих дней до указанной в заявлении Страхователя даты прекращения действия Договора в отношении Застрахованного лица, но не позже даты, когда трудовые отношения с Застрахованным лицом прекратились.

3.11. [Если применимо: при прекращении действия Договора в отношении члена семьи работника и при последующем требовании о заключении Договора в отношении иного члена семьи того же работника Страховщик вправе требовать, чтобы новое заявленное на страхование лицо заполнило утвержденную Страховщиком анкету и, если Страховщик сочтет необходимым, предоставило медицинские документы и/или прошло медицинское обследование в соответствии с требованием Страховщика. При невыполнении данного требования Страховщик вправе потребовать установления индивидуальных условий страхования и повышенного страхового тарифа для принятия на страхование члена семьи работника.]

3.12. [Если применимо: Страхователь обязан прекратить Договор в отношении членов семьи работника не позднее даты прекращения Договора в отношении работника.]

3.13. Страхователь обязан в течение 5 рабочих дней с момента, как ему стало известно о смене фамилии, имени, отчества Застрахованного и его фактического места жительства, информировать об этом Страховщика.

4. Действие страхования

4.1. Договор заключен на срок с 00:00 часов **XX** месяца 20__ года по 24:00 часа **XX** месяца 20__ года. Договор вступает в силу с даты, указанной как дата начала срока страхования, при условии поступления на банковский счет Страховщика страховых взносов, предусмотренных Договором, в установленные

¹ Новорожденный ребенок может быть принят на страхование с иной даты, но только в течение первых 30 дней своей жизни. Усыновленный ребенок может быть принят на страхование с иной даты, но только в течение первых 30 дней со дня вступления в законную силу решения суда об установлении усыновления. При заключении брака в течение срока страхования супруг/супруга может быть принят(а) на страхование с иной даты, но только в течение первых 30 дней с даты регистрации брака.

Договором сроки.

Срок страхования в отношении каждого Застрахованного лица указан в Списке

4.2. Договор может быть досрочно прекращен Страхователем — в любое время, или Страховщиком — в определенных Договором и Правилами случаях.

5. Страховая премия

5.1. Страховая премия и страховая сумма устанавливаются в отношении каждого Застрахованного лица и указаны в Списке.

5.2. Если в течение срока страхования по Договору численность Застрахованных лиц уменьшается на 25 % или более от первоначального общего количества Застрахованных лиц на начало срока страхования, то Страховщик вправе потребовать доплаты страховой премии. При этом пересмотр размера страховой премии осуществляется при получении Страхователем соответствующего уведомления от Страховщика о необходимости доплаты страховой премии. Соглашение о пересмотре страховой премии по Договору должно быть достигнуто Сторонами в течение 5 рабочих дней с момента получения Страхователем уведомления. Если соглашение не достигнуто, Страховщик вправе потребовать досрочного прекращения Договора.

5.3. Общая страховая премия за весь срок страхования составляет сумму в рублях, эквивалентную XXX XXX евро (xxx xxx и 00/100 евро).

5.4. Страховая премия по Договору, указанная в п. 5.3. Договора, уплачивается Страхователем единовременно путем безналичного перечисления на расчетный счет Страховщика до dd.мм.гггг [в рассрочку ежеквартальными платежами:

XXX XXX евро (xxx xxx и 00/100 евро) за период страхования с dd.мм.гггг по dd.мм.гггг;

XXX XXX евро (xxx xxx и 00/100 евро) за период страхования с dd.мм.гггг по dd.мм.гггг;

XXX XXX евро (xxx xxx и 00/100 евро) за период страхования с dd.мм.гггг по dd.мм.гггг;

XXX XXX евро (xxx xxx и 00/100 евро) за период страхования с dd.мм.гггг по dd.мм.гггг.]

Льготный период для уплаты взносов определяется таким образом, чтобы выполнялось следующее условие: счет Страховщика подлежит оплате в течение 60 (шестидесяти) дней с момента окончания календарного месяца, в течение которого Страховщик выставил соответствующий счет.

5.5. Страховой взнос считается уплаченным в день его зачисления на банковский счет Страховщика. Неоплата очередного страхового взноса влечет расторжение Договора в порядке и сроки, предусмотренные п. 5.11 Правил.

5.6. Стоимость страхования не является объектом для НДС или любых других налогов с продаж.

5.7. Расчет доплаты страхового взноса за нового Застрахованного лица осуществляется на основании действующих тарифов пропорционально числу дней, в течение которых новое лицо будет фактически застраховано.

5.8. Расчет возврата части страховых взносов при досрочном прекращении Договора в отношении Застрахованного лица осуществляется пропорционально неистекшему оплаченному сроку страхования за вычетом 20 (двадцати) процентов от суммы страховой премии по данному Застрахованному лицу, кроме случаев, когда отсутствие возврата прямо предусмотрено соответствующими положениями Договора или Правил.

5.9. При досрочном отказе Страхователя от Договора Страховщик возвращает часть страховой премии за неистекший оплаченный период страхования за вычетом 20 (двадцати) процентов от этой суммы, а также за вычетом произведенных страховых выплат (сумм, оплаченных за оказанные медицинские и иные услуги Застрахованным лицам в период действия Договора).

5.10. При изменении Программы в отношении Застрахованного лица в связи с изменением статуса работника расчет страховой премии к доплате либо возврату осуществляется так, как если бы в отношении данного лица происходили прекращение Договора по прежней Программе и заключение Договора по новой Программе.

5.11. Доплата страховой премии производится Страхователем в течение 10 (десяти) дней с момента окончания календарного месяца, в течение которого Страховщик выставил соответствующий счет на доплату.

5.12. Если при прекращении Договора в отношении Застрахованного лица Страхователю причитается часть страховой премии к возврату, то по дополнительному соглашению Сторон Договора этот возврат может быть отложен до окончания срока страхования Договора в отношении остальных Застрахованных лиц или урегулирован в дальнейшем в порядке взаимозачетов при принятии на страхование новых Застрахованных лиц, или при заключении очередного Договора (пролонгации). Если по окончании действия Договора Страхователю причитается какая-либо сумма незаработанной Страховщиком страховой премии, а Договор не пролонгируется, то указанная сумма перечисляется Страховщиком на банковский счет Страхователя в течение 15 рабочих дней с момента подписания Сторонами дополнительного соглашения к Договору о возврате незаработанной страховой премии.

6. Существенные условия

[Указать, что применимо.]

6.1. На дату заключения данного Договора все Застрахованные лица имеют статус «активно работающего» и выполняют свою работу без сокращенного рабочего графика по состоянию здоровья на дату заключения данного Договора.

6.2. Ни один из сотрудников не запланировал взять отпуск по медицинским показаниям или другой отпуск (кроме ежегодного основного оплачиваемого отпуска) в течение следующих 12 месяцев.

6.3. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица к врачу или в медицинское и/или иное учреждение в связи с состояниями или их побочными состояниями, по причине которых Застрахованное лицо отсутствовало на работе на дату заключения данного Договора.

7. Администратор

Администратор _____, действующий от имени Страховщика на основании Доверенности _____, копия которой является Приложением № 5 к Договору.

Любые вопросы и запросы Страхователя по Договору направляются Администратору.

Место нахождения:

Телефон:

E-mail:

8. Служба Содействия

Любые вопросы Застрахованного лица по покрытию и любые запросы по организации медицинских услуг, помощи, обследования, а также заявления на возмещение понесенных расходов направляются Застрахованными лицами в Службу Содействия.

Место нахождения:

Телефон:

E-mail:

9. Прочие положения

9.1. Любое изменение Списка Застрахованных, перевод Застрахованного с одной программы на другую и перерасчет страховой премии оформляются дополнительным соглашением (Аддендумом) к Договору.

9.2. Стороны обязуются незамедлительно информировать друг друга о смене любых своих реквизитов, указанных в Договоре.

10. Список приложений

Приложение № 1: Правила международного добровольного медицинского страхования, утвержденные Приказом Генерального директора №013 от 4 февраля 2020 г.

Приложение № 2: Программы международного добровольного медицинского страхования

Приложение № 3: Список Застрахованных

Приложение № 4: Шаблон страхового Сертификата

Приложение № 5: Копия доверенности Администратора

Все вышеуказанные приложения являются неотъемлемой частью Договора.

Страхователь, подписывая настоящий Договор:

- подтверждает, что с вышеуказанными Правилами страхования ознакомлен, согласен и обязуется их соблюдать, экземпляр Правил страхования получил,

- подтверждает, что в полном объеме получил информацию, предусмотренную пунктом 2.1.2. Базового стандарта защиты прав и интересов физических и юридических лиц - получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации, утв. Решением КФН ЦБ РФ, Протокол от 09.08.18 № КФНП-24;

- согласен осуществлять взаимодействие со Страховщиком путем обращения в офисы Страховщика, посредством почтовой и телефонной связи, а также иными способами в случаях, специально предусмотренных Правилами страхования;

- согласен получать сообщения и уведомления от Страховщика, в том числе в электронной форме, по

адресам, телефонам, указанным в настоящем Договоре.

Информация об адресах офисов Страховщика, в которых осуществляется прием документов при наступлении страховых случаев и иных обращений, а также о случаях и порядке приема документов в электронной форме, размещена на официальном сайте Страховщика и может быть получена при обращении по телефонам Страховщика, указанным в настоящем Договоре.

От имени Страхователя

Название компании

Должность

Ф. И. О.

М.П.

От имени Страховщика

Название компании

Должность

Ф. И. О.

М.П.

Приложение № 3 к Договору международного добровольного
медицинского страхования № [XXXXXXX/2XXX]

Список Застрахованных

№	Ф. И. О. латинскими буквами	Ф. И. О.	Дата рождения	Программа страхования	Территория страхования	Страховая сумма	Страховой взнос	Срок страхования
			Итого					

Всего застраховано

От имени Страхователя

От имени Страховщика

Ф. И. О.
Должность
Название компании

Ф. И. О.
Должность
Название компании

Сертификат
к Договору международного медицинского страхования по программе «XXX»
№ XXXXXXXX

Служба поддержки привилегированных клиентов
XXX XX XX (для звонков с территории РФ) | XXX XX XX | XXXXXXXX

Дата _____ г. Москва
_____._____._____

Настоящий Сертификат подтверждает принятие на страхование по программе _____ на основании Договора международного добровольного медицинского страхования № ____ от _____ (далее — Договор) и Правил международного добровольного медицинского страхования, утвержденных приказом №013 от 4 февраля 2020 г. и Анкет лиц, заявленных на страхование (в случае их оформления) на следующих условиях:

Страховщик:

Страхователь:

Основной Застрахованный
Ф. И. О. XXXXX

Дата рождения
XX.XX.XXXX

Документ, удостоверяющий личность
Паспорт РФ, серия xxxx, номер xxxxxx, выдан УВД города Москвы, дата выдачи xx.xx.xxxx
Адрес постоянного места жительства
XXXXX
Адрес регистрации
XXXXX

Срок страхования	с 00:00 часов дд.мм.гггг	по 00:00 часов дд.мм.гггг	Дата пролонгации дд.мм.гггг
------------------	-----------------------------	------------------------------	--------------------------------

Договор вступает в силу с даты, указанной как дата начала срока страхования, при условии оплаты страховой премии (первого страхового взноса) в размере и сроки, которые указаны в настоящем Договоре.

Страховая сумма
X XXX XXX евро на каждое Застрахованное лицо

XXXXX XXXXX	Территория страхования
Покрытие за пределами основной территории страхования предоставляется на срок не более __ дней в течение страхового года при соблюдении условий, предусмотренных разделом 8 Правил.	

Безусловная франшиза	отсутствует	Софинансирование	Не применимо
----------------------	-------------	------------------	--------------

Застрахованные лица и условия принятия на страхование указаны на Странице 2.

Застрахованные лица

Ф. И. О.	Номер Застрахованного	Дата рождения	Статус	Срок страхования
XXXXXXXX		XX.XX.XXXX	XXXXXXXX	XX.XX.XXXX — XX.XX.XXXX
XXXXXXXX		XX.XX.XXXX	XXXXXXXX	XX.XX.XXXX — XX.XX.XXXX
XXXXXXXX		XX.XX.XXXX	XXXXXXXX	XX.XX.XXXX — XX.XX.XXXX

Условия принятия на страхование

Тип андеррайтинга: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Ф. И. О.	Особые условия
XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Особые условия («оговорки»)

Документы и материалы, выполненные в форме цифровой, графической записи (скан-образов), в том числе полученные в процессе исполнения Договора посредством факсимильной, электронной или другой связи, имеют силу оригиналов. Любая Сторона, имеющая сомнение в достоверности предоставленного документа в формате, оговоренном выше, имеет право затребовать у предоставившей такой документ Стороны его оригинал.

Сертификат составлен на русском и английском языках. В случае противоречий (расхождений) между версией на русском языке и версией на английском языке настоящего Сертификата версия на русском имеет преимущественную силу.

Администратор

Страховщик

От имени Страховщика

_____ / Ф. И. О.

Должность

Договор международного добровольного медицинского страхования по программе «XXX»
№ XXXXXX (образец)

Служба поддержки привилегированных клиентов
XXX XX XX (для звонков с территории РФ | XXX XX XX | XXXXXXXX

Дата | дд.мм.гггг | г. Москва

Настоящий Договор удостоверяет факт заключения договора страхования со Страховщиком _____ (далее — Договор). Договор заключается путем вручения Страховщиком Страхователю настоящего Договора, подписанного Страховщиком. Согласие Страхователя заключить Договор на предложенных Страховщиком условиях, в соответствии со ст. 435, 438, п. 2 ст. 940 ГК РФ, подтверждается принятием от Страховщика настоящего Договора и оплатой страховой премии в размере, предусмотренном настоящим Договором. Договор заключен на условиях Правил международного добровольного медицинского страхования (далее — Правила) (Приложение № 1 к настоящему Договору), утвержденных приказом №013 от 4 февраля 2020 г., а также в соответствии с Программами международного добровольного медицинского страхования (Приложение № 2 к настоящему Договору), являющимися неотъемлемой частью настоящего Договора наряду с Заявлением на страхование, включая Анкеты лиц, заявленных на страхование (если заполнялись).

Страховщик:

Страхователь:
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Документ, удостоверяющий личность
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Адрес постоянного места жительства

Адрес регистрации
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Срок страхования с | 00:00 часов | по | 24:00 часа | Дата пролонгации
дд.мм.гггг дд.мм.гггг дд.мм.гггг

Договор вступает в силу с даты, указанной как дата начала срока страхования, при условии оплаты страховой премии (первого страхового взноса) в размере и сроки, которые указаны в настоящем Договоре.

Страховая сумма XXXXXX на каждое Застрахованное лицо

Страховая премия XXXXXX на всех Застрахованных лиц за весь срок страхования

прописью XXXXXX
XXXXXX
подлежит оплате до XXXXXX
дд.мм.гггг

Последствия неуплаты страховой премии, предусмотрены в п. 5.11 Правил.

Территория страхования XXXXXX
XXXXXX
Покрытие за пределами основной территории страхования предоставляется на срок не более ___ дней в течение страхового года при соблюдении условий, предусмотренных разделом 8 Правил.

Безусловная франшиза отсутствует

Застрахованные лица и условия принятия на страхование указаны на Странице 2.

Застрахованные лица

Ф. И. О.	Дата рождения	Статус	Срок страхования	Размер страховой премии
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XX.XX.XXXX	XXXXXX XXXXXX	XX.XX.XXXX	XXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XX.XX.XXXX	XXXXXX XXXXXX	XX.XX.XXXX	XXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XX.XX.XXXX	XXXXXX XXXXXX	XX.XX.XXXX	XXXXXX

Условия принятия на страхование

Тип андеррайтинга XXXXXX

Особые индивидуальные условия страхования указаны в Договоре.

1. Страховщик обязуется за обусловленную настоящим Договором плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в Договоре и Программе страхования события (страхового случая) произвести оплату медицинских и иных услуг, оказанных застрахованным по настоящему Договору лицам (далее — Застрахованные лица, или Застрахованные) медицинским учреждением, где Застрахованное лицо получило медицинские и иные услуги в пределах оговоренной Договором суммы (страховой суммы).

2. Объектом страхования являются:

2.1 имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их;

2.2 имущественные интересы, связанные с риском возникновения непредвиденных расходов физических лиц, в том числе связанных с возвращением Застрахованного и сопровождающего его лица к месту пребывания, транспортировкой сопровождающих лиц Застрахованного, транспортировкой детей Застрахованного, визитом близкого родственника Застрахованного, а также оплатой организации репатриации тела (останков) Застрахованного лица.

3. Страховым случаем является:

3.1 обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинское учреждение по поводу заболевания, травмы, отравления и по иным основаниям за медицинскими услугами и медицинской помощью, включая, но не ограничиваясь этим, лечебную, диагностическую, лекарственную, консультативную, реабилитационно-восстановительную, оздоровительную, медико-социальную, профилактическую помощь, при условии, что данное обращение повлекло или может повлечь за собой возникновение соответствующих расходов, и что медицинские и иные услуги и медицинская помощь предусмотрены Программой и являются необходимыми с медицинской точки зрения. Обращение Застрахованного в медицинскую организацию может осуществляться в дистанционном формате (телемедицина);

3.2 возникновение непредвиденных расходов, связанных с организацией и оплатой услуг по предоставлению медицинского оборудования; расходы по медицинской транспортировке; денежная выплата за пребывание в стационаре при отсутствии требований по оплате расходов, связанных с данной госпитализацией; расходы по срочному визиту третьего лица в чрезвычайной ситуации; расходы по эвакуации детей; расходы по сопровождению Застрахованного лица третьим лицом; расходы по перевозке останков Застрахованного лица до транспортного узла, ближайшего к месту, где постоянно проживал Застрахованный, в связи с его смертью в период действия Договора страхования в результате несчастного случая, острого заболевания или обострения хронического заболевания, если такие расходы предусмотрены Программой страхования.

Особые условия («оговорки»)

Документы и материалы, выполненные в форме цифровой, графической записи (скан-образов), в том числе полученные в процессе исполнения Договора посредством факсимильной, электронной или другой связи, имеют силу оригиналов. Любая сторона, имеющая сомнение в достоверности предоставленного документа в формате, оговоренном выше, имеет право затребовать у предоставившей такой документ стороны его оригинал.

Оплату страховой премии за Застрахованных лиц производит Страхователь.

Список приложений

Приложение № 1: Правила международного добровольного медицинского страхования, утвержденные Приказом Генерального директора №013 от 4 февраля 2020 г.

Приложение № 2: Программы международного добровольного медицинского страхования

Все вышеуказанные приложения являются неотъемлемой частью Договора.

Страхователь, принимая настоящий Договор, оплачивая страховую премию:

- подтверждает, что с вышеуказанными Правилами страхования ознакомлен, согласен и обязуется их соблюдать, экземпляр Правил страхования получил,

- подтверждает, что в полном объеме получил информацию, предусмотренную пунктом 2.1.2. Базового стандарта защиты прав и интересов физических и юридических лиц - получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации, утв. Решением КФН ЦБ РФ, Протокол от 09.08.18 № КФНП-24;

- согласен осуществлять взаимодействие со Страховщиком путем обращения в офисы Страховщика, посредством почтовой и телефонной связи, а также иными способами в случаях, специально предусмотренных Правилами страхования;

- согласен получать сообщения и уведомления от Страховщика, в том числе в электронной форме, по адресам, телефонам, указанным в настоящем Договоре.

Информация об адресах офисов Страховщика, в которых осуществляется прием документов при наступлении страховых случаев и иных обращениях, а также о случаях и порядке приема документов в электронной форме, размещена на официальном сайте Страховщика и может быть получена при обращении по телефонам Страховщика, указанным в настоящем Договоре.

Администратор

Страховщик

От имени Страховщика

/ Ф. И. О.

Должность

Договор «XXXXXXX»
№ XXXX-XXX-XXXXXX/20XX (образец)

Служба поддержки привилегированных клиентов

XXX XX XX (для звонков с территории РФ | XXX XX XX | XXX XX XX

Дата XX.XX.XXXX г. Москва
дд.мм.гггг

Настоящий Договор удостоверяет факт заключения договора страхования со Страховщиком _____ (далее — Договор). Договор заключается путем вручения Страховщиком Страхователю настоящего Договора, подписанного Страховщиком. Согласие Страхователя заключить Договор на предложенных Страховщиком условиях, в соответствии со ст. 435, 438, п. 2 ст. 940 ГК РФ, подтверждается принятием от Страховщика настоящего Договора и оплатой страховой премии в размере, предусмотренном настоящим Договором. Договор заключен на условиях Правил международного добровольного медицинского страхования (далее — Правила) (Приложение № 1 к настоящему Договору), утвержденных приказом №013 от 4 февраля 2020 г., а также в соответствии с Программами международного добровольного медицинского страхования (Приложение № 2 к настоящему Договору), являющимися неотъемлемой частью настоящего Договора наряду с Заявлением на страхование, включая Анкеты лиц, заявленных на страхование (если заполнялись).

Страховщик:

Страхователь:
Ф. И. О.

Дата рождения
дд.мм.гггг

Документ, удостоверяющий личность

Адрес постоянного места жительства

Адрес регистрации

Срок страхования	с 00:00 часов дд.мм.гггг	по 24:00 часа дд.мм.гггг	Дата пролонгации	дд.мм.гггг
------------------	---------------------------------	---------------------------------	------------------	------------

Договор вступает в силу с даты, указанной как дата начала срока страхования, при условии оплаты страховой премии (первого страхового взноса) в размере и сроки, которые указаны в настоящем Договоре.

Страховая сумма	на каждое Застрахованное лицо
-----------------	-------------------------------

Страховая премия	на всех застрахованных лиц за весь срок страхования
------------------	---

прописью

подлежит оплате до	дд.мм.гггг
Последствия неуплаты страховой премии, предусмотрены в п. 5.11 Правил.	

Территория страхования

Покрытие за пределами основной территории страхования предоставляется на срок не более __ дней в течение страхового года при соблюдении условий, предусмотренных разделом 8 Правил.

Безусловная франшиза

Застрахованные лица и условия принятия на страхование указаны на Странице 2.

Застрахованные лица

Ф. И. О.	Дата рождения	Статус	Срок страхования	Размер страховой премии, евро/рубли
----------	---------------	--------	------------------	-------------------------------------

Условия принятия на страхование

Тип андеррайтинга

Пересмотр особых условий возможен по истечении 12 месяцев с даты начала срока страхования (с учетом продления Договора, в том числе путем заключения Очередного Договора на новый срок) после предоставления медицинского заключения об улучшении состояния здоровья.

Обращение Застрахованного лица за медицинской помощью в связи с предшествующими медицинскими состояниями и связанными с ними побочными медицинскими состояниями, произошедшими до даты вступления Договора в силу, кроме случаев, когда они были задекларированы Застрахованным лицом и приняты Страховщиком на страхование, не будет являться страховым случаем никогда и ни при каких обстоятельствах.

Страховщик обязуется за обусловленную настоящим Договором плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в Договоре и Программе страхования события (страхового случая) произвести оплату медицинских и иных услуг, оказанных застрахованным по настоящему Договору лицам (далее — Застрахованные лица, или Застрахованные) медицинским учреждением, где Застрахованное лицо получило медицинские и иные услуги в пределах оговоренной Договором суммы (страховой суммы).

Объектом страхования являются:

- имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их;
- имущественные интересы, связанные с риском возникновения непредвиденных расходов физических лиц, в том числе связанных с возвращением Застрахованного и сопровождающего его лица к месту пребывания, транспортировкой сопровождающих лиц Застрахованного, транспортировкой детей Застрахованного, визитом близкого родственника Застрахованного, а также оплатой организации репатриации тела (останков) Застрахованного лица.

Страховым случаем является:

- обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинское учреждение по поводу заболевания, травмы, отравления и по иным основаниям за медицинскими услугами и медицинской помощью, включая, но не ограничиваясь этим, лечебную, диагностическую, лекарственную, консультативную, реабилитационно-восстановительную, оздоровительную, медико-социальную, профилактическую помощь, при условии, что данное обращение повлекло или может повлечь за собой возникновение соответствующих расходов, и что медицинские и иные услуги и медицинская помощь предусмотрены Программой и являются необходимыми с медицинской точки зрения. Обращение Застрахованного в медицинскую организацию может осуществляться в дистанционном формате (телемедицина);
- возникновение непредвиденных расходов, связанных с организацией и оплатой услуг по предоставлению медицинского оборудования; расходы по медицинской транспортировке; денежная выплата за пребывание в стационаре при отсутствии требований по оплате расходов, связанных с данной госпитализацией; расходы по срочному визиту третьего лица в чрезвычайной ситуации; расходы по эвакуации детей; расходы по сопровождению Застрахованного лица третьим лицом; расходы по перевозке останков Застрахованного лица до транспортного узла, ближайшего к месту, где постоянно проживал Застрахованный, в связи с его смертью в период действия Договора страхования в результате несчастного случая, острого заболевания или обострения хронического заболевания, если такие расходы предусмотрены Программой страхования.

Сведения, сообщаемые Страхователем о лицах, заявленных на страхование, соответствуют истине, являются полными и достоверными на начало срока страхования. Страхователь понимает и принимает, что самостоятельно несет риск непредоставления в отношении Застрахованных лиц сведений об обстоятельствах, влияющих на степень страхового риска, а также предоставления заведомо ложных сведений в отношении Застрахованных лиц, и данные обстоятельства могут стать основанием для признания Договора страхования недействительным в соответствии со ст. 944 ГК РФ.

Срок свободного ознакомления

При отказе Страхователя - физического лица от Договора до даты начала действия срока страхования, предусмотренного Договором, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

При отказе Страхователя в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с момента заключения Договора, но после даты начала срока страхования, предусмотренного Договором, Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной Страхователем страховой премии пропорционально сроку действия Договора, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора, при условии отсутствия в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

В указанных случаях денежные средства подлежат возврату по выбору страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком письменного заявления (уведомления) об отказе от Договора.

Особые условия («оговорки»)

Документы и материалы, выполненные в форме цифровой, графической записи (скан-образов), в том числе полученные в процессе исполнения Договора посредством факсимильной, электронной или другой связи, имеют силу оригиналов. Любая сторона, имеющая сомнение в достоверности предоставленного документа в формате, оговоренном выше, имеет право затребовать у предоставившей такой документ стороны его оригинал.

Список приложений

Приложение № 1: Правила международного добровольного медицинского страхования, утвержденные Приказом Генерального директора №013 от 4 февраля 2020 г.

Приложение № 2: Программы международного добровольного медицинского страхования

Все вышеуказанные приложения являются неотъемлемой частью Договора.

Страхователь, принимая настоящий Договор и оплачивая страховую премию:

- подтверждает, что с вышеуказанными Правилами страхования ознакомлен, согласен и обязуется их соблюдать, экземпляр Правил страхования получил,

- подтверждает, что в полном объеме получил информацию, предусмотренную пунктом 2.1.2. Базового стандарта защиты прав и интересов физических и юридических лиц - получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации, утв. Решением КФН ЦБ РФ, Протокол от 09.08.18 № КФНП-24;

- согласен осуществлять взаимодействие со Страховщиком путем обращения в офисы Страховщика, посредством почтовой и телефонной связи, а также иными способами в случаях, специально предусмотренных Правилами страхования;

- согласен получать сообщения и уведомления от Страховщика, в том числе в электронной форме, по адресам, телефонам, указанным в настоящем Договоре.

Информация об адресах офисов Страховщика, в которых осуществляется прием документов при наступлении страховых случаев и иных обращений, а также о случаях и порядке приема документов в электронной форме, размещена на официальном сайте Страховщика и может быть получена при обращении по телефонам Страховщика, указанным в настоящем Договоре.

Администратор

_____, адрес: _____

Страховщик

Адрес: _____

От имени Страховщика

_____/ Ф. И. О. /
Должность

**Согласие субъекта персональных данных на обработку своих персональных данных,
в том числе сведений, составляющих врачебную тайну (Форма)**

Я,

_____,
(паспорт _____ серия: _____ номер: _____) _____ выдан:
зарегистрированный _____ (ая) _____ по _____ адресу:
проживающий _____ (ая) _____ по _____ адресу:

_____,
телефон: _____, e-mail: _____, своей волей и в своем интересе в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», с Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и иными нормативно-правовыми актами выражаю свое согласие _____ (наименование Страховщика), ИНН _____, ОГРН _____ (далее – Оператор), зарегистрированному по адресу: _____, на получение сведений Оператором от медицинских организаций, а также на передачу сведений медицинским организациям, которые указаны в приложении № _____ к Договору добровольного медицинского страхования № _____ от «___»___20___г., составляющих врачебную тайну, относящихся к категории специальных персональных данных, в целях медицинского обследования и лечения пациента (в том числе для проведения необходимых медицинских экспертиз) (далее – «ПД»), в том числе на сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу иным лицам, осуществляющим обработку ПД по поручению Оператора, с которыми у Оператора заключено Соглашение о конфиденциальности, в частности, но не ограничиваясь: ООО «Медицинская компания «МЕДКОРП», юридический адрес 115114, город Москва, наб. Дербеневская, д.7, стр. 22 эт./пом. 4/ХІІІ, ОГРН 1027739515847, ИНН 7706181640; АО «Ренессанс Здоровье», юридический адрес: 115114, город Москва, Дербеневская набережная, дом 7 строение 22, этаж/пом 3/ХІІ, ОГРН 1057748388378, ИНН 7710601270), обезличивание, блокирование, уничтожение ПД, а также выражаю свое согласие Оператору на обработку персональных данных, содержащихся в настоящем Соглашении в объеме и на условиях, предусмотренных Правилами международного добровольного медицинского страхования, утвержденные Приказом Генерального директора №013 от 4 февраля 2020 г., в том числе в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов с помощью средств связи, а также в целях расчета страховой премии и исполнения обязательств по договору страхования.

Под ПД в настоящем документе понимается любая информация, относящаяся ко мне, в том числе фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, место рождения, адрес, паспортные данные, контактный телефон, e-mail, сведения о состоянии здоровья, включающие сведения, составляющие врачебную тайну, согласно ст. 13 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Настоящее согласие дано на использование следующих способов обработки ПД:

- неавтоматизированная обработка персональных данных;
- исключительно автоматизированная обработка персональных данных с передачей полученной информации по сети или без таковой;
- смешанная обработка персональных данных.

Настоящее согласие действует в течение 5 (пяти) лет с даты его выдачи и может быть отозвано путем подачи мною соответствующего письменного заявления в _____ (наименование Страховщика) по адресу: _____, не менее чем за 30 (тридцать) дней до даты отзыва согласия.

Я проинформирован о праве отозвать данное согласие, праве на получение сведений об Операторе ПД, праве на ознакомление с моими ПД, праве требовать уточнения ПД, блокирования или уничтожения ПД в случае, если они являются неполными, устаревшими, недостоверными, незаконно полученными.

Настоящим я подтверждаю, что в соответствии со ст. 18 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» до начала обработки моих ПД _____ (наименование Страховщика) (адрес _____) предоставило мне информацию о своем наименовании и адресе, о цели обработки ПД и ее правовом основании, о предполагаемых пользователях ПД и установленных Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» правах субъекта ПД.

Подпись _____ (_____)

Дата «___»_____20___г.

Прошито, пронумеровано и скреплено печатью 11д
(сто двадцать) лист об

Генеральный директор
АО «Группа Ренессанс Страхование»
_____ Гадлиба Ю. О.

« декабрь 20 дд г.

