

Настоящим Полисом-офертой (далее – Полис) подтверждается заключение договора страхования между САО «ВСК» (далее – Страховщик) и Страхователем на Условиях добровольного медицинского страхования (Приложение 1 к Полису), Программы добровольного медицинского страхования «Базовая» (Приложение 2 к Полису) и Условиях страхования от болезней (Приложение 3 к Полису), являющихся неотъемлемой частью Полиса и прилагающихся к нему. Договор страхования заключается путем вручения Страховщиком Страхователю настоящего Полиса, подписанного Страховщиком, на основании устного заявления Страхователя, и совершения акцепта Страхователем: Страхователь дает согласие (совершает акцепт) на заключение договора страхования путем уплаты страховой премии. Оплачивая страховую премию, Страхователь подтверждает, что с указанными выше Условиями и Программой страхования ознакомлен и согласен, а экземпляр указанных документов получил при заключении Договора страхования.

СТРАХОВОЙ ПОЛИС-ОФЕРТА «Индивидуальная защита»

 № **2 0 0 0 0 0 I N B 0 0 0 0 0 0 0 0**

СТРАХОВАТЕЛЬ	ФИО: _____ дата рождения: _____ телефон: _____ e-mail: _____ ИНН: (при наличии) _____ Паспорт/ Документ, удостоверяющий личность: _____ адрес: _____
ЗАСТРАХОВАННЫЙ, Выгодоприобретатель	ФИО: _____ дата рождения: _____ телефон: _____ e-mail: _____ адрес: _____
Срок действия Полиса	Полис вступает в силу по истечении 14 (четырнадцати) дней с даты уплаты страховой премии и действует 12 месяцев.

Виды страхования (страховые программы/риски)		Вариант «Базовая» Страховая сумма (в руб.)
1. Добровольное медицинское страхование по программе «Базовая»		150 000
2. Страхование от болезней, в т. ч. следующие риски и размеры выплат:		
2.1. Причинение вреда здоровью Застрахованного вследствие заболевания, впервые диагностированного в период срока страхования и приведшего к временной нетрудоспособности работающего Застрахованного (к лечению в условиях поликлиники или стационара неработающего Застрахованного) непрерывной продолжительностью не менее 24 дней и возникшей после вступления Договора в силу. Размер страховой выплаты составляет 10% от страховой суммы.	150 000	
2.2. Госпитализация Застрахованного с целью лечения заболевания, впервые диагностированного в период срока страхования. Размер страховой выплаты составляет 0,2% от страховой суммы за каждый день госпитализации, начиная с 8-го дня нахождения на стационарном лечении. По одному событию выплата производится не более чем за 50 дней.		
2.3. Экстренная госпитализация по неотложным показаниям при впервые диагностированных заболеваниях в период действия Договора страхования, требующих или проведения внепланового оперативного лечения (первичная обработка раны не считается оперативным лечением), или интенсивной терапии, при условии продолжительности интенсивной терапии не менее 5 дней, или реанимации. Размер страховой выплаты составляет 0,3% от страховой суммы за каждый день стационарного лечения, но не более чем за 15 дней по одному событию.		
Страховая премия уплачивается единовременно.		Общая страховая премия
		2500 рублей

Дата уплаты страховой премии указана в документе, подтверждающем уплату страховой премии и являющемся неотъемлемой частью Полиса.

Условия страхования отражены:
 по программе 1: в приложении 2 к настоящему полису-оферте (Договору); по рискам 2.1-2.3: в приложении 3 к настоящему полису-оферте (Договору).

ДЕКЛАРАЦИЯ: Являясь Страхователем, я заявляю, что на момент заключения договора Застрахованный:
 Не является инвалидом и не имеет действующего направления на МСЭ; возраст Застрахованного составляет от 18 до 65 лет; не страдает слабоумием, рассеянным склерозом, полиомиелитом, параличом, эпилепсией, психическими заболеваниями; не состоит на учете в наркологическом, психоневрологическом диспансерах; не переносил черепно-мозговых травм в течение последних пяти лет; не страдает заболеваниями позвоночника (кроме сколиоза 3-4 ст.), суставов, не имеет грыжу межпозвоночных дисков; трудоспособность Застрахованного не является ограниченной в связи с нарушением здоровья, обусловленным травмой, отравлением или болезнью; не страдает алкоголизмом и/или наркоманией; не имеет сахарного диабета; не страдает хроническим пиелонефритом, гломерулонефритом, почечной недостаточностью, не имеет других патологий в области почек: единственная почка, нефроптоз, гидронефроз; не имеет злокачественных новообразований (в т.ч. злокачественные болезни крови и кроветворных органов), не имеет доброкачественных образований: гиперплазия предстательной железы; не страдает циррозом печени, гепатитом (В,С), хроническим панкреатитом с ежегодным обострением, язвой желудка и двенадцатиперстной кишки (последнее обострение менее трех лет от даты подачи заявления на страхование), калькулезным холециститом (наличие камней в желчном пузыре); не переносил(а): инсульт, инфаркт миокарда, тромбоз/эмболию легочной артерии, операции на магистральных сосудах сердца (стентирование, шунтирование); не страдает стенокардией, ишемической болезнью сердца, гипертонией II или III степени, ревмокардитом, не имеет врожденного порока сердца; не страдает анемией средней и тяжелой степени тяжести, гемофилией, лейкемией и другими заболеваниями системы крови; не страдает эмфиземой, бронхиальной астмой средней и тяжелой степени тяжести, пневмокониозом, туберкулезом (на момент начала страхования не находится на лечении и не стоит на учете в туберкулезном диспансере); не знает о наличии у него заболеваний, которые могли бы потребовать хирургического лечения (кроме стоматологического лечения); не обращался (обращалась) за оказанием медицинской помощи по поводу СПИДа, не является носителем ВИЧ и не болен СПИДом; не имеет срока беременности (для женщин).
Уплатой страховой премии и акцептом Полиса-оферты Страхователь дает согласие САО «ВСК» (подтверждает наличие согласия Застрахованных, указанных в договоре (полисе-оферте), или их законных представителей (родителей, усыновителей, опекунов, попечителей или иных лиц, которым это право предоставлено федеральным законом) и обязуется представить его в письменной форме в течение 10 рабочих дней после получения соответствующего запроса от САО «ВСК»), находящемуся по адресу: находящемуся по адресу: 121552, г. Москва, ул. Островная, д. 4, на обработку персональных данных Страхователя и Застрахованного лица, в том числе относящихся к специальным категориям, включающих в себя любую информацию о состоянии здоровья, заболеваниях и медицинских услугах, оказанных в любых медицинских организациях, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу сервисной компании - ООО «Мобильные Медицинские Технологии») (ОГРН: 1137746756883, адрес: 121205, Москва, Сколково Инновационный центр, ул. Нобеля, д. 7, этаж 1; ООО «Медицинские Инновационные Решения и Технологии») (ОГРН 1197746531080, адрес: 115035, г. Москва, ул. Садовническая, д.72, стр.1, этаж 1, помещение III, комната 5, офис Б1П), в том числе передачу в медицинские организации с целью организации обслуживания по договору страхования, обезличивание, блокирование, уничтожение, внесение в информационную систему, обработку с использованием средств автоматизации или без использования таких средств персональных данных, указанных в договоре, в целях заключения и исполнения договора страхования. Согласие предоставляется с момента подписания настоящего договора (полиса) и действует в течение пяти лет после исполнения обязательств. Согласие может быть отозвано путём письменного заявления в САО «ВСК».

ПРИЛОЖЕНИЯ
 1. Условия добровольного медицинского страхования. 2. Программа добровольного медицинского страхования «Базовая» 3. Условия страхования от болезней.

СТРАХОВЩИК	
Сторонами Договора страхования, руководствуясь п. 2 ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации, достигнуто соглашение о допустимости использования факсимильного воспроизведения подписи Страховщика и оттисков печатей с помощью средств копирования.	Генеральный директор САО «ВСК» Тарновский А.Я.

СТРАХОВАТЕЛЬ	
Оплатой страховой премии Страхователь подтверждает, что с условиями полиса «Индивидуальная защита», Условиями добровольного медицинского страхования, Программой добровольного медицинского страхования «Базовая», Условиями страхования от болезней ознакомлен и согласен. Экземпляр Полиса, указанных Условий страхования и Программ страхования получил, обязуется ознакомить с ними Застрахованное лицо. Страховая премия и дата её уплаты указаны в документе, подтверждающем уплату страховой премии и являющемся неотъемлемой частью удостоверяемого настоящим Полисом договора страхования.	