

Настоящим Полисом-офертой (далее – Полис) подтверждается заключение договора страхования между CAO «ВСК» (далее – Страховщик) и Страхователем на Условиях добровольного медицинского страхования (Приложение 1 к Полису), Программы добровольного медицинского страхования «Премимум» (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, 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 P 0 0 0 0 0 0 0 0**

СТРАХОВАТЕЛЬ	ФИО: _____ дата рождения: _____
	телефон: _____ e-mail: _____ ИНН: (при наличии) _____
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 «Премимум» Страховая сумма (в руб.)
1. Добровольное медицинское страхование по программе «Премимум»		500 000
2. Страхование от болезней, в т. ч. следующие риски и размеры выплат:		500 000
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.		
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	6 150 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 течении 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, тромбоэмболию 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, лейкоемией 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 срок беременности (для женщин).
Уплатой страховой премии и акцептом Полиса-оферты Страхователь дает согласие CAO «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 предоставить его в письменной форме в течение 10 рабочих дней после получения соответствующего запроса от CAO «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 CAO «ВСК».

ПРИЛОЖЕНИЯ
 \1. Условия добровольного медицинского страхования. 2. Программа добровольного медицинского страхования «Премимум» 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 CAO «ВСК» Тарновский А.Я.
---	---

СТРАХОВАТЕЛЬ

Оплатой страховой премии Страхователь подтверждает, что с условиями полиса «Индивидуальная защита», Условиями добровольного медицинского страхования, Программой добровольного медицинского страхования «Премимум», 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 настоящего Полиса-оферты.