Страховщик: Страховое акционерное общество «ВСК»
ИНН 7710026574, ОГРН 1027700186062
ул. Островная, 4, г. Москва, 121552 Лиц. СЛ №0621
от 11.09.15 тел.: +7 (495) 727 4444, info@vsk.ru

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 I N B 0 0 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 31 дня 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 течении последних пяти лет; не страдает заболеваниями позвоночника (кроме сколиоза 3-4 ст.), суставов, не имеет грыжу межпозвонковых 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, 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 носителям 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 предоставить 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 - обществу с ограниченной ответственностью «Мобильные Медицинские Технологии» (ОГРН: 1137746756883), находящемуся по адресу город Москва, Бульвар Зубовский, дом 21-23 строение 1, помещение 1, комната 2), 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.

ОБРАЗЕЦ