

Страховое акционерное общество «ВСК»  
 ИНН 7710026574, ОГРН 1027700186062  
 ул. Островная, д. 4, г. Москва, 121552  
 тел.: +7 (495) 727 44 44, info@vsk.ru

Договор страхования заключается путем акцепта Страхователем настоящего Полиса-оферты на условиях, которые являются обязательными для Страхователя и Застрахованного, в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации. Акцептом настоящего Полиса-оферты в соответствии со ст. 438 ГК РФ является оплата Страхователем страховой премии одновременно в соответствии с условиями настоящего Полиса-оферты.

Настоящий Полис удостоверяет заключение договора страхования на условиях Программы страхования «Медицина без границ»

<b>Страхователь</b>			
Документ, удостоверяющий личность		Дата рождения	
Адрес регистрации Страхователя		Контактный телефон	E-mail
<b>Застрахованный</b>			
Документ, удостоверяющий личность		Дата рождения	
Адрес регистрации Застрахованного		Контактный телефон	E-mail
<b>Объект страхования:</b> имущественные интересы Застрахованного, связанные с затратами на оказание ему медицинской и иной помощи при возникновении страхового случая. Страховым случаем по настоящему Договору является обеспечение Застрахованного страховым покрытием в отношении услуг и медицинских расходов, связанных с лечением заболеваний и проведением медицинских процедур, покрываемых данным договором страхования в объеме, указанном в программе страхования, являющейся неотъемлемой частью страхового полиса.			
<b>Срок страхования:</b> один год с __/__/20__ г. по __/__/20__ г. Дата заключения __/__/20__ г.			
По данному Полису в течение 180 дней с даты начала срока страхования действует «Период Исклучения». Любое заболевание, диагностированное или впервые обусловившее официально задокументированные симптомы в течение данного периода, не дает право на получение возмещения по Полису. При пролонгации договора через один год после начала его действия в отношении данного Застрахованного лица «Период исключения» не применяется, если данный период ранее истек.			
Номер предыдущего договора страхования (указывается при пролонгации)		Номер родительского договора (для лиц в возрасте до 18)	
<b>Страховые риски</b>	<b>Страховые суммы</b>	<b>Страховая премия (евро / руб.)</b>	
медицинская помощь вне пределов РФ и США в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях	1 000 000 евро в год 2 000 000 евро за весь срок действия договора страхования для многолетних и пролонгированных договоров страхования		
Указанные страховые суммы, в том числе, включают возмещение расходов на лекарственное обеспечение в России в размере до 50 000 евро за весь срок действия договора страхования для многолетних и пролонгированных договоров страхования.			
<b>Территория страхования:</b> весь мир. Оказание медицинской помощи осуществляется за пределами РФ, кроме покрытия по лекарственному обеспечению в РФ в соответствии с программой страхования.			
<b>Тарифы и плата за страхование (сумма прописью)</b>			
<b>Порядок и сроки уплаты страховой премии</b>	Безналичным платежом	Поручение N	
<b>Декларация о состоянии здоровья Застрахованного:</b> Настоящим подтверждаю, что в настоящее время и в течение последних 10 лет: — Застрахованный не проходит/не проходил(а) стационарное, амбулаторное, восстановительное или профилактическое лечение, либо — Застрахованному не устанавливался по результатам обследования диагноз, либо — Застрахованный не находится/не находился(ась) под наблюдением врача-специалиста по поводу любого из нижеследующих заболеваний или состояний: • рак или злокачественное новообразование любого типа, в т.ч. болезнь Ходжкина; • новообразование любого вида или киста в области головного мозга, черепа или спинного мозга; • лейкомия и / или иные злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, любое заболевание крови, кроветворных органов, требующее лечения в течение более чем одного месяца (например, анемия, лимфома, миелома, нарушение свертываемости крови, гемофилия или васкулопатия (заболевания сосудов)); • любые предлокальные изменения или рак in situ, включая, но не ограничиваясь предлокальными состояниями в области молочных желез, мочеполовой системы; • любые формы заболеваний сердца (например, сердечный приступ, стенокардия, кардиомиопатия, нарушения сердечного клапана, шумы в сердце или ревматизм); • инсульт или кровоизлияние в мозг; • любая форма диабета. Наличие высокого кровяного давления и/или высокого уровня холестерина не является препятствием для принятия на страхование. Также настоящим подтверждается, что Застрахованное лицо не ожидает в настоящее время результатов диагностических исследований по поводу указанных выше состояний. Если в настоящее время Застрахованный проходит обследование по поводу симптомов, которые могут быть проявлением какого-либо из вышеуказанных заболеваний или состояний, либо ожидает результатов диагностики, пожалуйста, примите во внимание, что Вам следует дождаться получения результатов, прежде чем подписать данную декларацию. В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» (далее — Закон), Страхователь подтверждает свое согласие, данное CAO «ВСК», находящемуся по адресу ул. Островная, д. 4, г. Москва, 121552, на обработку своих персональных данных, в том числе фамилии, имени, отчества, года, месяца, даты и места рождения, адреса, номера телефона, семейного положения, паспортных и иных данных, включая сведения о состоянии здоровья, о фактах обращения за медицинской помощью, об оказанных медицинских услугах — на действия (операции), предусмотренные положениями вышеуказанного закона, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, в целях надлежащего исполнения договора страхования; включение персональных данных в клиентскую базу данных CAO «ВСК» для осуществления информационного сопровождения исполнения договора страхования и информационных рассылок, а также на передачу в соответствии с законодательством Российской Федерации персональных данных в государственные органы и общественные организации. Настоящее согласие дается на передачу и трансграничную передачу персональных данных для обработки по поручению Страховщика провайдером в целях перестрахования рисков или оказания услуг, предусмотренных договором страхования. Передача персональных данных Застрахованных происходит с их письменного согласия, предоставить которое Страхователь обязан в течение 10 рабочих дней со дня получения соответствующего запроса Страховщика. Настоящее согласие на указанные действия дано на срок, необходимый для заключения и исполнения договора страхования, а также в течение 5 лет для выполнения CAO «ВСК» иных действий, предусмотренных законодательством Российской Федерации и связанных с договором страхования. Настоящее согласие на работу с персональными данными может быть отозвано путем направления субъектом персональных данных письменного заявления об отзыве настоящего согласия по адресу CAO «ВСК».			

**При страховом случае застрахованный обязан обратиться по телефону: 8 (800) 200-14-41 (звонок бесплатный)**

Полис, Программа страхования и Условия программы страхования (для договоров с физическими лицами) получены. С программой страхования и условиями программы страхования ознакомлен, согласен и обязуюсь их выполнять. Подтверждаю декларацию о здоровье Застрахованного.

Подпись Страхователя \_\_\_\_\_

Представитель Страховщика \_\_\_\_\_

М.П.