ВСК СТРАХОВОЙ ДОМ

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

Полис-оферта | | | | | | В | О | I | | | | | |
«Медицина без границ. Программа Онкология»

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 единовременно в соответствии с условиями настоящего Полиса-оферты.

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

Страхователь					
Документ, удостоверяющий личность				Дата рождения	
Адрес регистрации Страхователя		Контактный телефон		E-mail	
Застрахованный					
Документ, удостоверяющий личность				Дата рождения	
Адрес регистрации Застрахованного		Контактный телефон		E-mail	

Объект страхования: 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.

Срок страхования: 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 Исключения». 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)	

Страховые риски	Страховые суммы	Страховая премия (евро / руб.)
медицинская помощь вне пределов РФ и США в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях	500 000 евро в год 1 000 000 евро за весь срок действия договора страхования для многолетних и пролонгированных договоров страхования	

Указанные суммы включают:
расходы на поездку за рубеж застрахованного лица и одного сопровождающего лица — **не более 10 000 евро** в год;
расходы на проживание застрахованного лица и одного сопровождающего лица — **не более 10 000 евро** в год.

Территория страхования: Оказание медицинской помощи осуществляется за пределами РФ и Соединенных Штатов Америки.

Тарифы и плата за страхование (сумма прописью)				
Порядок и сроки уплаты страховой премии	Безналичным платежом		Поручение N	

Декларация о состоянии здоровья Застрахованного:
Оплачивая страховую премию и принимая условия страхования по настоящему полису Страхователь подтверждает, 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;
- лейкемия 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 предзлокачественные изменения или рак in situ, включая, но не ограничиваясь предзлокачественными состояниями в области молочных желез, мочеполовой системы.

Также Страхователь подтверждает, 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, Страхователь обязан принять во внимание, что ему следует дождаться получения результатов, прежде чем принять условия настоящего договора страхования и согласиться со всеми положениями декларации о состоянии здоровья, подписать декларацию и настоящий полис.

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» (далее — Закон), Страхователь подтверждает своё согласие, данное САО «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 САО «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 провайдерам 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 САО «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 САО «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.