

УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом Генерального директора АО «АльфаСтрахование»
от 06 июня 2017 г. № 299/01

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕЖДУНАРОДНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ**

СОДЕРЖАНИЕ

- 1. Преамбула**
- 2. Субъекты страхования**
- 3. Объект страхования**
- 4. Страховой случай. Страховые риски**
- 5. Страховая сумма. Размер и порядок уплаты страховой премии (страховых взносов)**
- 6. Срок действия и порядок прекращения договора страхования**
- 7. Договор страхования**
- 8. Права и обязанности сторон**
- 9. Действие сторон при наступлении страхового случая**
- 10. Порядок и условия осуществления страховой выплаты**
- 11. Отказ в страховой выплате**
- 12. Последствия изменения степени риска**
- 13. Порядок разрешения споров**

1. ПРЕАМБУЛА

1.1. В соответствии с действующим законодательством и настоящими Правилами добровольного международного медицинского страхования (далее – Правила) ОАО "АльфаСтрахование" (далее - Страховщик) заключает договоры добровольного международного медицинского страхования, по условиям которых организывает оказание медицинских и иных услуг застрахованному лицу и оплату данных услуг, оказанных застрахованному лицу за пределами Российской Федерации, либо как за пределами Российской Федерации, так и на территории Российской Федерации, либо только на территории Российской Федерации, определенного перечня и качества в объеме программ добровольного международного медицинского страхования, разрабатываемых Страховщиком и являющихся неотъемлемой частью договора страхования.

1.2. Основные термины, используемые в настоящих Правилах.

Страховщик - страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензии на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном Законом порядке.

Страхователь - лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования.

Застрахованный - физическое лицо, в отношении которого заключен договор страхования.

Программа страхования – перечень и условия предоставления медицинских и иных услуг Застрахованным при наступлении страхового случая.

Сервисный центр - специализированная организация (ассистанская компания), которая по поручению Страховщика обеспечивает организацию услуг, предусмотренных настоящими Правилами.

Страховая сумма - определенная договором страхования денежная сумма, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату.

Страховая премия (страховой взнос) - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, определенные договором страхования.

Страховой тариф - ставка страховой премии (страхового взноса) в процентах от страховой суммы, с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования

Страховой риск - предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

Страховой случай - совершившееся событие, предусмотренное договором страхования (или программой добровольного медицинского страхования), с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Страховая выплата - денежная сумма, которую Страховщик в соответствии с договором страхования обязан выплатить при наступлении страхового случая.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Страхователями по договору страхования могут выступать:

2.1.1. Дееспособные физические лица, являющиеся гражданами России, иностранными гражданами или лицами без гражданства;

2.1.2. Юридические лица любой организационно-правовой формы.

2.2. Страховщиком выступает страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензии на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном Законом порядке.

2.3. Застрахованный - физическое лицо, о страховании которого заключен договор в соответствии с настоящими Правилами.

Договоры страхования могут заключаться как без предварительного медицинского освидетельствования, так и с предварительным медицинским освидетельствованием Застрахованных в целях определения их принадлежности к группам риска для применения поправочных коэффициентов при расчете размеров страховой премии

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного или его состояния, требующих организации и оказания таких услуг в объеме и на условиях программы добровольного медицинского страхования, выбранной Страхователем.

4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

4.1. Страховым случаем является возникновение возможных расходов Застрахованного лица, которые оно должно произвести для организации и оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования и приложениями к нему, в объеме, предусмотренном программой добровольного международного медицинского страхования, в связи с впервые диагностированным в период действия договора страхования расстройством здоровья у Застрахованного лица, требующего организации и оказания медицинской помощи. При этом услуги по постановке диагноза в объем страхового покрытия не входят.

4.2. Страховым риском является вероятность возникновения расходов у Застрахованного лица по оплате организации и оказанию медицинских и иных услуг, в объеме, предусмотренном договором и приложениями к нему, в связи с впервые диагностированным в период действия договора страхования расстройством здоровья у Застрахованного лица, требующего организации и оказания медицинской помощи.

4.3. Конкретный перечень видов медицинской помощи и иных услуг приводится в соответствующей программе (Приложение № 1 к настоящим Правилам). По соглашению между Страхователем и Страховщиком перечень медицинских услуг по программе может ограничиваться или расширяться.

4.4 По договору страхования Страховщик принимает на себя обязательство при наступлении страхового случая организовать предоставление и произвести оплату медицинской помощи и иных услуг необходимого объема и надлежащего качества в медицинских учреждениях на условиях, предусмотренных договором страхования, а так же возмещение расходов Застрахованного (Страхователя), понесенных им для получения медицинских и иных услуг, в строгом соответствии с условиями договора страхования и выбранной программой страхования.

5. СТРАХОВАЯ СУММА. РАЗМЕР И ПОРЯДОК УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ)

5.1. Страховой суммой является предельный уровень страховой выплаты по договору медицинского страхования, который определяется по соглашению между Страхователем и Страховщиком в соответствии с выбранной программой и стоимостью медицинских услуг в медицинских организациях, привлекаемых для обеспечения этой программы.

5.2. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон для каждого Застрахованного и может предусматривать предельный размер страховой выплаты по всей

программе в целом или совокупности программ либо по отдельным заболеваниям (состояниям), отдельным видам медицинской помощи (медицинским и иным услугам), в т.ч. обеспечению лекарственными средствами или изделиями медицинского назначения, или их различной совокупности, по каждому страховому случаю или агрегатно в рамках программы либо договора страхования. Конкретная страховая сумма и указывается в договоре страхования

5.3. Страховая сумма по соглашению сторон может устанавливаться как в российских рублях, так и в сумме эквивалентной иностранной валюте, определяемой по курсу Центрального Банка Российской Федерации на момент заключения Договора. В случае если страховая сумма определяется в эквиваленте иностранной валюты или в иностранной валюте, страховая выплата, величина которой определяется Страховщиком в иностранной валюте или эквиваленте иностранной валюты, осуществляется в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации на день обращения Страхователя (Застрахованного) к Страховщику после первоначальной постановки диагноза, требующего организации и оказания плановой стационарной помощи, для ее организации и оказания, в порядке, предусмотренном пунктами 9.1.-9.4.9 настоящих Правил, если иной курс не установлен соглашением сторон. В случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, страховая выплата может осуществляться в иностранной валюте.

5.4. Страховая премия является платой за страхование, которую Страхователь обязан оплатить Страховщику в порядке и в сроки, которые установлены договором страхования.

5.5. Страховщик при определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, вправе применять разработанные им страховые тарифы, определяющие премию, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

Конкретный размер страхового тарифа определяется договором добровольного страхования по соглашению сторон.

5.6. Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных валютным законодательством Российской Федерации и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования.

Оплата страховой премии производится путем наличного или безналичного расчета, единовременным платежом или в рассрочку (два и более страховых взносов) в размере и сроки, установленные договором страхования.

Если иное не установлено договором страхования датой уплаты страховой премии (взноса) признается:

- дата уплаты денежных средств в кассу Страховщика или получения денежных средств уполномоченным представителем Страховщика - при наличном расчете;
- дата поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика или на расчетный счет уполномоченного представителя Страховщика – при безналичном расчете.

5.7. Стороны установили, что неуплата страховой премии, очередного страхового взноса Страхователем в установленный договором страхования срок является для сторон договора страхования выражением воли Страхователя на отказ от договора страхования, если иные условия не предусмотрены договором страхования. При этом договор страхования расторгается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания установленного договором страхования срока уплаты страховой премии (очередного страхового взноса), которая не была уплачена полностью или частично.

5.8. В случае страхования на срок менее 1 года размеры страховой премии (страховых взносов) Страховщик вправе устанавливать в следующем проценте от их годовых размеров:

- на срок до 3-х месяцев - 50%;
- на срок от 3-х до 6-ти месяцев - 65%;

- на срок от 6-ти до 9-ти месяцев - 75%;

- на срок более 9-ти месяцев - 100%.

5.9. По согласованию сторон договора страхования страховая сумма и (или) страховая премия могут устанавливаться как в целом по договору страхования, так и индивидуально: по отдельной программе (или группе программ); по страховому риску (или группе рисков); по каждому Застрахованному (или группе Застрахованных).

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается сроком на один год, если в нем не предусмотрено иное. При этом в договоре страхования стороны могут установить периоды страхования.

6.2. Договор страхования, в соответствии с настоящими Правилами, считается краткосрочным, если он заключен на срок менее года.

6.3. При заключении договора страхования на срок более одного года в нем могут быть указаны периоды страхования, с указанием для каждого из периодов размеров страховой суммы и страховой премии.

6.4. Если до истечения срока действия предыдущего договора страхования, заключается договор страхования на новый (очередной) срок, то заключаемый договор страхования на новый (очередной) срок вступает в силу в следующем порядке:

6.4.1. с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания срока действия предыдущего договора страхования, при условии уплаты страховой премии (первого страхового взноса) до даты начала срока действия нового договора страхования. При неуплате/неполной уплате страховой премии (первого страхового взноса) новый договор страхования считается не вступившим в силу.

6.4.2. с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания срока действия предыдущего договора страхования. Если условиями нового договора страхования предусмотрена уплата страховой премии (первого страхового взноса) в течение периода действия нового договора страхования, то при неуплате/неполной уплате страховой премии (первого страхового взноса) в сроки, установленные в новом договоре страхования, наступают последствия, предусмотренные п. 5.7. настоящих Правил. При этом Страхователь обязан в течение срока, установленного Страховщиком, оплатить причитающуюся Страховщику часть страховой премии за период, в течение которого действовал договор страхования.

6.5. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу:

6.5.1. Если страховая премия (первый страховой взнос) подлежит уплате:

6.5.1.1. до начала срока действия договора, то договор вступает в силу с даты начала срока действия договора при условии уплаты страховой премии (первого страхового взноса) в предусмотренном договором размере и срок.

6.5.1.2. в течение периода действия договора, то договор вступает в силу с даты начала срока действия договора.

6.6. Если иное не установлено договором страхования, то устанавливаются следующие последствия неуплаты страховой премии (первого страхового взноса, очередного страхового взноса):

6.6.1. При неуплате/неполной уплате страховой премии (первого страхового взноса), в случае если страховая премия (первый страховой взнос) подлежит уплате до начала срока действия договора страхования, договор страхования считается не вступившим в силу.

6.6.2. При неуплате/неполной уплате страховой премии (первого страхового взноса), в период действия договора страхования, а также при неуплате очередного страхового взноса в порядке и срок, предусмотренные договором страхования, наступают последствия, предусмотренные п. 5.7. настоящих Правил.

При этом Страхователь обязан в течение срока, установленного Страховщиком, оплатить причитающуюся часть страховой премии за период, в течение которого фактически действовал договор страхования. Страховщик не несет ответственности по страховым случаям, произошедшим с момента прекращения договора страхования. В случае оплаты Страховой премии после прекращения договора страхования денежные средства, уплаченные после даты расторжения договора, возвращаются Страхователю в полном объеме.

7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования заключается в письменной форме.

7.1.1. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа - договора страхования, подписанного Страховщиком и Страхователем;

7.1.2. Договор страхования может быть заключен путем вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком и Страхователем.

7.1.3. Договор страхования также может быть заключен иными способами, предусмотренными законодательством РФ.

7.2. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при наступлении страхового случая произвести страховую выплату лицу, в пользу которого заключен договор страхования, а Страхователь обязуется оплатить страховую премию в установленные договором страхования размере и сроки.

7.3. Для заключения договора страхования Страхователь в устной форме или письменном виде предоставляет Страховщику или его уполномоченному представителю заявление на страхование. В заявлении он указывает точные и полные сведения о Застрахованном и другую необходимую информацию, имеющую существенное значение для заключения договора страхования, определения вероятности наступления страховых случаев и размеров возможного ущерба от их наступления. Если иное не предусмотрено договором страхования, к заявлению Страхователя прикладывается заявление о состоянии здоровья на момент принятия Застрахованного на страхование (Приложения № 2.1, 2.2., 2.3.). Сведения, указанные в письменном заявлении на страхование и/или в заявлении о состоянии здоровья, удостоверяются подписью Страхователя (Застрахованного).

Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованный) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в настоящем пункте Правил, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным.

7.4. В случае утраты договора страхования в период его действия, Страховщик выдает Страхователю дубликат договора страхования, на основании его письменного заявления.

7.5. Территорией страхового покрытия является:

- территория иностранного государства, указанного в Программе;
- территория иностранного государства и территория Российской Федерации;
- территория Российской Федерации.

Территория страхового покрытия в каждом индивидуальном случае определяется сторонами в договоре страхования.

7.6. Договор страхования прекращается в случаях:

- а) истечения срока его действия;
- б) исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме;
- в) смерти Страхователя (Застрахованного лица), с момента смерти Страхователя (Застрахованного лица);
- г) ликвидации Страхователя – юридического лица (с даты ликвидации в порядке, предусмотренном законодательством РФ), кроме случаев изменения наименования

Страхователя в договоре страхования (полисе) при его реорганизации (слиянии, присоединении, разделении, выделении, преобразовании);

д) ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

е) признания решением суда договора страхования недействительным;

ж) отказа Страхователя от договора страхования в соответствии с п. 5.7. настоящих Правил.

7.7. Руководствуясь п. 1 ст. 452, п. 2 ст. 958 ГК РФ Страхователь, заключая договор страхования, соглашается с тем, что письменное соглашение о прекращении договора страхования в соответствии с п.5.7. настоящих Правил не заключается.

7.8. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, об этом Страхователь обязан письменно уведомить Страховщика.

7.9. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования оплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если иное не предусмотрено договором страхования.

7.10. Если договором страхования или соглашением к нему предусмотрена возможность возврата части страховой премии при расторжении договора страхования по инициативе Страхователя, то Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально сроку действия договора страхования и с учетом расходов Страховщика размер которых устанавливается Сторонами согласно действующей структуре тарифной ставки. Не подлежит возврату остаток страховой премии по истечении 10-ти месяцев с начала действия договора страхования, и/или в случае, если по расторгаемому договору выплачено страховое возмещение или Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованными лицами) заявлен страховой случай, если договором страхования не предусмотрено иное

7.11. В случаях, предусмотренных Правилами страхования, договором страхования, действующим законодательством РФ, Страховщик вправе потребовать досрочного расторжения договора страхования или признания его недействительным с возмещением убытков, причиненных расторжением договора или признания его недействительным, в соответствии с действующим законодательством РФ.

7.12. Страхователь, заключая договор страхования на основании настоящих Правил, в соответствии Федеральным законом РФ «О персональных данных» выражает Страховщику согласие на обработку своих персональных данных, содержащихся в документах, передаваемых Страховщику в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов со Страхователем с помощью средств связи в целях обеспечения исполнения заключенного договора страхования, а также выражает Страховщику согласие на предоставление в т.ч. Застрахованному (ым) информации об исполнении Страховщиком и/или Страхователем обязательств по договору страхования, в том числе информацию о размере страховой суммы, о возникновении и урегулировании претензий, наступлении/вероятности наступления страховых случаев и другую имеющую отношение к заключенному договору страхования информацию.

Обработка персональных данных осуществляется посредством сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, распространения (в том числе передачи), обезличивания, блокирования, уничтожения персональных данных, как на бумажных, так и на электронных носителях. Указанное согласие Страхователя действительно в течение срока действия договора страхования и в течение 5 лет после окончания срока действия договора страхования. Настоящее согласие может быть отозвано Страхователем посредством направления Страховщику соответствующего письменного заявления.

7.13. После заключения договора страхования Страховщик выдает для Застрахованного страховой полис - именной документ без права передачи, удостоверяющий заключение договора страхования. К полису прилагается программа и, при необходимости, другие информационные документы, выдача которых согласована Сторонами договора.

Форма страхового полиса может отличаться от формы, предусмотренной в Приложении 6.

7.14. При утрате страхового полиса Страхователь или Застрахованный должны незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с договором страхования, взамен Страхователю (Застрахованному) выдаются новые.

7.15. Страховой полис выдается Страхователю (Застрахованному) в течение 10 дней после уплаты страховой премии (первого взноса).

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страхователь имеет право:

8.1.1. Проверять соблюдение Страховщиком условий договора страхования.

8.1.2. Требовать предоставления Застрахованному оказания медицинских услуг, определенных в договоре страхования, в соответствии с условиями страхования и программой.

В случае непредоставления таких медицинских услуг, несвоевременного, неполного или некачественного их предоставления Страхователь, Застрахованный или другие уполномоченные им лица должны немедленно поставить в известность об этом Страховщика.

8.1.3. Расширить перечень медицинских и иных услуг, гарантируемых по договору страхования, или повысить уровень страхового обеспечения, заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом дополнительную страховую премию. Дополнительное соглашение к договору страхования начинает действовать со дня уплаты дополнительной страховой премии (первого страхового взноса), если им не предусмотрено иное.

8.1.4. Застраховать с согласия Страховщика дополнительное количество лиц по действующему договору страхования, заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом дополнительную страховую премию, или прекратить действие договора страхования в отношении части Застрахованных лиц без их согласия, если иное не предусмотрено договором страхования.

8.2. Застрахованный имеет право:

8.2.1. Требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования.

8.2.2. Обращаться к Страховщику за разъяснениями по особенностям медицинского обеспечения, для получения медико-организационной помощи, а также при возникновении спорных ситуаций в связи с оказанием медицинской помощи.

8.2.3. Принять на себя обязанности Страхователя, а также приобрести все его права в случае смерти Страхователя - физического лица, ликвидации Страхователя - юридического лица в порядке, предусмотренном законодательством.

8.2.4. Получить дубликат страхового полиса в случае его утраты.

8.3. Страховщик имеет право:

8.3.1. Проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем и Застрахованным требований договора страхования.

8.3.2. Отказать в оплате медицинских и иных услуг при обстоятельствах, предусмотренных настоящими Правилами или договором страхования.

8.3.3. Отсрочить решение вопроса об оплате медицинских услуг или отказа от оплаты в случае возбуждения уголовного дела в отношении Застрахованного по факту событий, приведших к расстройству здоровья Застрахованного, до момента принятия соответствующего решения компетентными органами.

Если у Страховщика имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай, страховая выплата может быть отсрочена до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов.

8.3.4. До принятия на страхование потребовать проведения любых дополнительных медицинских обследований принимаемого на страхование лица и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья.

8.4. Страхователь обязан:

8.4.1. Своевременно и в полном объеме уплачивать обусловленные договором страхования страховые взносы.

8.4.2. Предоставлять Страховщику необходимые для заключения договора страхования сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с действием договора страхования.

8.4.3. Обеспечить сохранность документов по договору страхования.

8.4.4. Немедленно сообщить Страховщику об изменении своих банковских реквизитов, места нахождения, номеров контактных телефонов и телефаксов, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного и его фактического места жительства, если иное не установлено в договоре страхования.

8.5. Застрахованный обязан:

8.5.1. Пройти предварительное медицинское освидетельствование, если это предусмотрено условиями договора страхования.

8.5.2. Соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением.

8.5.3. Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг.

Если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу страховой полис с целью получения им медицинских услуг по договору страхования, Страховщик досрочно прекращает действие договора страхования в отношении такого Застрахованного. Возврат страховых взносов в этом случае не производится.

8.6. Страховщик обязан:

8.6.1. Ознакомить Страхователя с Правилами страхования.

8.6.2. В течение 10 календарных дней после уплаты страховой премии (первого страхового взноса) выдать страховой полис Страхователю (Застрахованному) с приложением Правил и Программы;

8.6.4. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным). Страховщик несет ответственность за разглашение сведений о договоре страхования, включая врачебную тайну, его работниками в соответствии с законодательством.

9. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

9.1. При первоначальной постановке Страхователю (Застрахованному) в период действия Договора страхования диагноза, требующего организации и оказания медицинской помощи, Страхователь (Застрахованный) обязан неукоснительно соблюдать рекомендации врача с целью уменьшения последствий указанного события.

9.2. Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно, после первоначальной постановки диагноза, требующего организации и оказания плановой стационарной помощи и до обращения в медицинское учреждение для получения медицинской помощи сообщить

Страховщику о постановке диагноза в письменном виде, в соответствии с установленной Страховщиком формой Уведомления (Приложение 3), любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по факсу, по электронной почте, письмом и т.д.).

9.3. Предоставить Страховщику всю известную информацию о постановленном диагнозе и все необходимые документы для установления факта страхового случая и определения размера страховой выплаты.

9.4. Для организации и оказания медицинских услуг по Программе Страхователем (Застрахованным) предоставляются Страховщику следующие документы:

9.4.1. уведомление о постановке диагноза;

9.4.2. копию страхового полиса;

9.4.3. направление лечащего врача на плановое стационарное лечение;

9.4.4. медицинский документ лечебно - профилактического учреждения (выписка из медицинской карты амбулаторного / стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни), заверенная печатью и подписью ответственного лица, с указанием диагноза, сроков лечения, результатов обследования и другой информации;

9.4.5. результаты проведенных анализов;

9.4.6. выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения договора страхования заболеваниях;

9.4.7. медицинский документ об отсутствии обращений - за последние 5 (Пять) лет из онкологического диспансера по месту жительства (при диагностировании онкологического заболевания);

9.4.8. копия документа, удостоверяющего личность;

9.4.9. копия заграничного паспорта.

Страхователь (Застрахованный) вправе предоставить любые иные документы, подтверждающие его право на получение страхового возмещения и не указанные в настоящих Правилах и Договоре страхования.

9.5. После получения Заявления о страховом случае и полного пакета документов, предусмотренного настоящими Правилами, Страховщик в течение 5 (пяти) рабочих дней проводит анализ полученных документов и принимает решение о признании/не признании случая страховым.

9.6. При признании случая страховым Страховщик организует предусмотренные договором страхования медицинские и иные услуги в полном соответствии в Программой страхования в течение 14 (Четырнадцать) рабочих дней. При этом, если иное не предусмотрено договором страхования, Страховщик не занимается оформлением документов необходимых для въезда в страну, в которой будет проводиться лечение Застрахованного лица, и не несет ответственности, если Застрахованному лицу будет отказано в получении необходимых въездных документов и/или он будет задержан пограничными или иными службами при въезде в страну временного пребывания.

9.7. При признании случая не страховым Страховщик в течение 10 (Десяти) рабочих дней с момента принятия решения письменно информирует Застрахованного об отказе в предоставлении медицинской помощи в рамках программы с указанием причин.

9.8. Выбор медицинского учреждения для получения услуг, предусмотренных договором страхования и Программой, осуществляется Страховщиком.

9.9. Если иное не предусмотрено договором страхования, Страховщик не оплачивает следующие расходы:

- визовый сбор;

- билеты для проезда к месту оказания медицинских и иных услуг;

- проживание в отеле.

10. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

10.1. Страховая выплата осуществляется в пределах страховой суммы в виде оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой, в форме:

- оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных договором и программой добровольного международного медицинского страхования, медицинским и иным организациям;

- возмещения расходов Застрахованного (Страхователя), понесенных им для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного международного медицинского страхования.

10.2. Страховщик производит организацию и оплату медицинских и иных услуг только по тем страховым случаям, которые предусмотрены договором страхования и приложениями к нему, при предоставлении соответствующих документов.

10.3. Оплата медицинским и иным организациям за оказанные Застрахованному медицинские и иные услуги осуществляется в порядке и на условиях, установленных договором между Страховщиком и медицинской и / или иной организацией.

10.4. Порядок произведения страховых выплат в виде возмещения расходов Застрахованного (Страхователя):

10.4.1. Для получения страховой выплаты в форме возмещения расходов, понесенных для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного международного медицинского страхования, Застрахованный (Страхователь) обращается к Страховщику с заявлением и предъявляет договор страхования или страховой полис, а также документ, удостоверяющий его личность.

К заявлению должны быть приложены:

а) копия направления лечащего врача на получение медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного международного медицинского страхования, а в случае госпитализации - копии документов, послуживших основанием для госпитализации;

б) врачебное заключение об установлении соответствующего диагноза, заверенное личной печатью врача и печатью лечебного учреждения;

в) документы, подтверждающие оказание Застрахованному соответствующих услуг (заключение о проведенном обследовании или лечении, выписку из истории болезни, результаты обследования, амбулаторную карту и т.д.);

г) документ, свидетельствующий об оплате Застрахованным медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного международного медицинского страхования.

д) копия лицензии медицинского учреждения с переводом на русский язык (в случае необходимости).

10.4.2. Размер страховой выплаты не может превышать размер страховой суммы, установленной договором страхования, и определяется документами, подтверждающими оказание и оплату медицинских услуг, в объеме и на условиях, предусмотренных программой страхования.

10.4.3. В течение 45-ти рабочих дней с момента поступления к Страховщику заявления и документов, предусмотренных п. 10.4.1. настоящих Правил, эксперты Страховщика на основании предъявленных документов дают заключение о целесообразности с медицинской точки зрения получения платных медицинских услуг.

10.5. Сроки и порядок страховой выплаты:

- в случае организации медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного международного медицинского страхования, Страховщик осуществляет организацию вышеуказанных услуг в порядке, предусмотренном разделом 9 настоящих Правил.

- в случае возмещения расходов Застрахованного (Страхователя), понесенных им для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного международного медицинского страхования, возмещение расходов происходит в порядке и сроки, предусмотренном договором добровольного международного медицинского страхования, но не позже 90 календарных дней с момента предоставления документов, предусмотренных в п. 10.4.1 и выдачи экспертом Страховщика заключения о целесообразности получения медицинских и иных услуг.

10.6. Страховщик производит оплату медицинских и иных услуг только по тем страховым случаям, которые предусмотрены договором страхования, при предоставлении соответствующих документов.

10.7. Страховщик вправе не оплачивать часть стоимости лечения, которая превышает установленную договором страховую сумму.

10.8. Для получения медицинских и иных услуг Застрахованный обращается к Страховщику в порядке, указанном в п. 9.1. – 9.9. настоящих Правил.

10.9. Размер страховой выплаты рассчитывается из стоимости медицинских и иных услуг, оплаченных в соответствии с программой, но не более страховой суммы, установленной договором страхования.

10.10. Если законом или договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик имеет право полностью или частично отказать в организации и оплате медицинских и иных услуг, необходимых Застрахованному, в случаях:

10.10.1. получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также заболеваний, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими или токсическими веществами;

10.10.2. получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

10.10.3. умышленного причинения себе телесных повреждений, а также покушения на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

10.10.4. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, которые не предусмотрены договором страхования и/или которые возникли вне периода действия договора страхования;

10.10.5. получения Застрахованным медицинских и иных услуг на территории, не предусмотренной договором страхования ;

10.9.6. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, не назначенных лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, а также приобретенных лекарственных средств или средств ухода за больным без медицинских показаний;

10.10.7. получения Застрахованным медицинских и иных услуг по врожденным порокам, а также по психическим расстройствам и заболеваниям;

10.10.8. получения Застрахованным медицинских и иных услуг по заболеваниям и состояниям, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса ВИЧ, включая мутацию или другое подобное изменения;

10.10.9. получения Застрахованным медицинских и иных услуг во время протекания беременности, осложнения беременности, прерывания беременности, родовспоможение, кесарево сечение, операции, относящиеся к оплодотворению и/или лечению бесплодия и/или добровольной стерилизации;

10.10.10. получения Застрахованным стоматологических услуг и услуг по реабилитации;

10.10.11. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, выполняемых в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости), и бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся ушиванием желудка или кишечника, кроме операции по реконструкции груди после резекции молочной железы, а также реконструкции лица после операций и/или травм;

10.10.12. получения Застрахованным медицинских и иных услуг в связи с:

- опухолями, которые диагностированы как злокачественные изменения Carcinomainsitu, включая дисплазию шейки матки CIN1, CIN2, CIN3, или опухоли, которые гистологически диагностированы как предраковые.

- злокачественной меланомой класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002.

- гиперкератозом и базально-клеточной карциномой;

- плоскоклеточной карциномой, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы.

- онкологическими заболеваниями на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ).

- раком предстательной железы, который диагностирован гистологически, как имеющий до T2 N0 M0 (включая) по классификации TNM или развившийся до 6 баллов (включая) по шкале Глисона.

- хронической лимфоцитарной лейкемии (С.L.L).

10.10.13. занятиями Застрахованного экстремальными видами спорта, сопряженными с повышенным риском для жизни и здоровья;

10.10.14. Страхователь предоставил неверные сведения о Застрахованном при заключении договора страхования;

10.10.15. установления факта передачи Застрахованным страхового полиса другому лицу для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования.

11. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

11.1. Если законом или договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик освобождается от оплаты медицинских и иных услуг, а так же от возмещения расходов понесенных Страхователем (Застрахованным), предусмотренных договором страхования, в случаях, предусмотренных законодательством РФ, а так же в случаях:

11.1.1. участия Застрахованного в военных действиях любого рода, гражданских волнениях, беспорядках, несанкционированных митингах и демонстрациях, если это не сопряжено с исполнением Застрахованным его служебных обязанностей;

11.1.2. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

11.1.3. военных действий, а также маневров и иных военных мероприятий, террористических актов;

11.1.4. умысла Страхователя (Застрахованного);

11.1.5. в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

12. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА

12.1. В период действия договора страхования Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан письменно уведомлять Страховщика обо всех значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Обо всех значительных изменениях Страхователь (Выгодоприобретатель) обязаны незамедлительно,

но, во всяком случае, не позднее 24 часов, с момента, когда им стало известно об этом уведомить Страховщика любым доступным способом (в том числе по телефону или факсу), и не позднее 3-х дней сообщить Страховщику в письменной форме с приложением документов, подтверждающих эти изменения.

Значительными признаются изменения, оговоренные в договоре страхования, заявлении на страхование и в Правилах страхования, которыми, в частности, являются:

- получение группы инвалидности;
- участие Застрахованного в военных действиях любого рода, гражданских волнениях, беспорядках, несанкционированных митингах и демонстрациях, если это сопряжено с исполнением Застрахованным его служебных обязанностей;
- постановка на учет в нарколологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах;

12.2. В случаях, предусмотренных п. 12.1. настоящих Правил, Страхователь или Выгодоприобретатель обязан незамедлительно, но во всяком случае не позднее 24 часов, с момента, когда им стало известно об этом, заявить в письменном виде Страховщику.

12.3. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или оплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора.

12.4. В случае отсутствия уведомления или несвоевременного уведомления Страховщика об обстоятельствах, изложенных в пункте 12.1 настоящих Правил или в случае возражения Страхователя против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии в соответствии с п. 12.3. настоящих Правил Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования с момента изменения обстоятельств существенно влияющих на степень страхового риска и возмещения убытков, причиненных расторжением договора.

12.5. Независимо от того, наступило ли повышение степени риска или нет, Страховщик имеет право, в течение срока действия договора страхования, проверять состояние Застрахованного, а также правильность сообщенных Страхователем сведений.

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

13.1. Споры, возникающие при исполнении, неисполнении, либо ненадлежащем исполнении, изменении и расторжении договора, заключенного на основании настоящих Правил, разрешаются путем переговоров.

13.2. При невозможности устранения разногласий путем переговоров, споры разрешаются в судебном порядке по месту нахождения Страховщика или, в случае если спор вытекает из деятельности его обособленного подразделения, по месту нахождения такого обособленного подразделения с обязательным соблюдением процедуры досудебного (претензионного) урегулирования спора

В этих случаях сторона, право которой нарушено, до обращения в суд обязана предъявить другой стороне претензию с изложением своих требований.

13.3. Претензия должна быть подписана надлежащим уполномоченным лицом, и содержать требования заявителя, расчет суммы претензии, перечень прилагаемых к претензии документов.

Претензия высылается по почте заказным письмом с уведомлением о вручении. Датой получения претензии считается день ее передачи стороне, указанный в уведомлении о вручении заказного письма. Срок для ответа на претензию устанавливается 30 календарных дней со дня ее получения.

13.4. Ответ на претензию высылается по почте заказным письмом с уведомлением о вручении. В случае, если в указанный в претензии разумный срок претензионные требования не удовлетворены (полностью или частично), сторона, право которой нарушено, вправе обратиться с исковым заявлением в суд в соответствии с правилами о подсудности, установленными действующим законодательством РФ.

**Программа международного медицинского страхования
«AlfaUltraCare: Уровень Серебряный»**

ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1. В соответствии с настоящей Программой, Страховщик оплачивает следующие услуги:

1.1. Медицинская транспортировка Застрахованного к поставщику медицинских услуг (в медицинское учреждение и/или между медицинскими учреждениями), за исключением санавиации.

1.2. Медицинские услуги и лечение в стационаре:

- консультации лечащим врачом;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- физиотерапия
- хирургическое (включая услуги анестезиолога) и консервативное лечение, в том числе химио- и лучевая терапия;
- протезирование и имплантация, включая стоимость имплантов;
- пребывание в блоке интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- пребывание в стационаре с целью диагностического обследования в случае, если по прибытию на лечение в выбранное Страховщиком медицинское учреждение изначальный диагноз опровергается;
- лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения;
- пребывание в одно- и двухместных палатах, но не более 30 календарных дней, питание и медицинское обслуживание, в том числе послеоперационный индивидуальный медицинский пост, но не более 8 дней;

1.3. Трансплантация органов, на сумму не более эквивалента 1 000 000 (Миллион) долларов США;

1.3.1. Стоимость расходов на перевозку тела.

1.3.2. Расходы на получение органа для пересадки.

1.3.3. Стоимость поездки за границу.

1.3.4. Расходы на воздушную перевозку за границу специальным рейсом.

1.3.5. Расходы на проживание за границей.

1.3.6. Расходы на доставку врача-специалиста в страну.

1.4. Экспертиза временной нетрудоспособности.

1.5. Предоставление различной медицинской документации, в том числе и на русском языке.

1.6. Сервисные услуги, связанные с предоставлением стационарной медицинской помощи (дополнительное питание, телефон, телевизор, кондиционер, душ, туалет и т.д.).

1.7. Сервисные услуги и услуги сопровождения, связанные с организацией медицинской помощи Застрахованному в стране назначения, в том числе:

1.7.1. Сопровождение Застрахованного в стране назначения в течении периода лечения;

1.7.2. Помощь в получении визы с целью прохождения лечения в страну назначения для застрахованного и одного сопровождающего (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих).

1.7.3. Помощь в бронировании авиабилетов в страну назначения и обратно для Застрахованного и одного сопровождающего (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих).

1.7.4. Организация немедицинской перевозки в стране назначения для Застрахованного и одного

сопровожающего (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих) от аэропорта до клиники, или иного места размещения Страхователя на период лечения и в аэропорт.

1.7.5. Услуги устного и письменного перевода для Застрахованного в выбранном медицинском учреждении на период лечения.

1.7.6. Реабилитационное лечение - комплекс медицинских мероприятий, направленных на восстановление и поддержание здоровья Застрахованного, продолжительностью не более 90 дней после наступления одного из следующих событий, произошедших в период действия Договора страхования:

- заболевания и травмы головного мозга:
 - геморрагический или ишемический инсульт;
 - резекция внутричерепной опухоли;
 - энцефалит, менингит;
 - аноксическое повреждение головного мозга.
- заболевания и травмы спинного мозга и позвоночника:
 - повреждение спинного мозга в результате травмы, опухоли, инфекции или заболевания сосудов;
 - заболевание и травма позвоночника.
- необходимость проведения ортопедического лечения:
 - ампутация конечности,
 - операция в связи с опухолью кости,
 - операция в связи со сложным переломом.

Продолжительность оплачиваемого Страховщиком курса реабилитации не может превышать 90 дней после наступления одного из указанных выше событий.

В медицинском заключении (направлении на реабилитационное лечение) должно быть указано, что по состоянию здоровья Застрахованный имеет показания для прохождения реабилитационной программы в соответствии с определениями, содержащимися в настоящем Разделе.

Объем реабилитационной программы, а также медицинская организация, оказывающая данную услугу, согласовывается со Страховщиком.

При организации реабилитационного лечения Страховщик оплачивает следующие расходы на:

1.7.6.1 проживание в реабилитационном учреждении, включая питание, уход за пациентом, медицинские осмотры, помощь в реабилитации и физиотерапия, трудотерапия, восстановление речи и другие услуги по реабилитации, оказанные реабилитационным учреждением по усмотрению врача-реабилитолога;

1.7.6.2. дополнительные консультации врачей, лабораторную и инструментальную диагностику, назначенные лечащим врачом - реабилитологом, включая проверки с использованием методов визуализации, ЭКГ и ЭЭГ;

1.7.6.3. лекарства в период реабилитации, назначаемые исключительно с целью реабилитации.

1.7.6.4 подготовку медицинской выписки (выписного эпикриза) по результатам реабилитационной программы); перевод медицинской выписки на русский язык (в случае необходимости).

1.7.7. Паллиативная помощь - медицинская помощь, направленная на избавление от боли и облегчение тяжести симптомов рака онкологического пациента и улучшение качества его жизни.

Потребность в оказании данной помощи предварительно согласовывается с медицинским специалистом Страховщика.

1.7.8. Услуга «Второе медицинское мнение» («Экспертное медицинское мнение»).

Данная услуга заключается в получении Застрахованным повторного заключения о состоянии его здоровья, которое выносится медицинской организацией по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, содержащейся в первом медицинском мнении (медицинской документации, содержащей информацию о результатах обследования Застрахованного, наличии у него заболеваний, их диагнозах и прогнозах, методах лечения, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения), которое было изложено врачом-специалистом, получившим от компетентных органов разрешение на работу в качестве специалиста в определенной области медицины и имеющим необходимую квалификацию, в истории болезни Застрахованного. Застрахованный имеет право на получение услуги «Второе медицинское мнение» на перечисленных ниже условиях:

1.7.8.1. Экспертное медицинское мнение выносится ведущими врачами-специалистами на основе первого медицинского мнения и истории болезни Застрахованного, представленной последним Страховщику, без обязательного медицинского обследования Застрахованного врачом-специалистом.

1.7.8.2. Требуемое заключение/мнение относится к состоянию здоровья Застрахованного в одной из следующих областей медицины:

- Онкология;
- Кардиология;
- Неврология;
- Нефрология;
- Ортопедия.

1.7.8.3. В период действия Договора Застрахованный имеет право на получение Экспертного медицинского мнения не более двух раз по каждой из перечисленных в п. **1.7.8.2.** настоящей Программы областей в течение срока действия Договора страхования.

1.7.8.4. Порядок получения услуги «Второе мнение» («Экспертное медицинское мнение»). Застрахованный, нуждающийся в получении услуги «Экспертное медицинское мнение», обращается к Страховщику для организации получения данной услуги с имеющимися у него медицинскими документами, подтверждающими поставленный диагноз.

Страховщик в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты обращения Застрахованного сообщает Застрахованному, какую именно медицинскую информацию и документацию он должен будет представить для отправки запроса врачу-специалисту для получения услуги «Экспертное медицинское мнение».

При необходимости после получения запроса и истории болезни Застрахованного Страховщик связывается с Застрахованным по телефону или с помощью других средств связи, таких как электронная почта или факс, для получения дополнительной информации и документации.

После получения истории болезни Застрахованного и иных медицинских документов, которые потребуются для подготовки Экспертного медицинского мнения, запрос на получение Экспертного медицинского мнения направляется Страховщиком врачу-специалисту.

Услуга считается организованной Страховщиком с момента оказания Застрахованному услуги «Экспертное медицинское мнение». Моментом оказания данной услуги является момент передачи Страховщиком документально оформленного Экспертного медицинского мнения Застрахованному.

При необходимости Страховщик запрашивает у Застрахованного необходимые медицинские документы и осуществляет их перевод на язык страны, в которой будет изготавливаться Второе медицинское мнение, для подготовки запроса на получение Экспертного медицинского мнения.

Страховщик направляет медицинские документы и запрос на получение Экспертного медицинского мнения подходящему врачу-специалисту. Страховщик обеспечивает

передачу подготовленного Экспертного медицинского мнения Застрахованному в течение 14 рабочих дней с момента, когда будет получена вся необходимая медицинская информация. В сложных случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций, передача Экспертного медицинского мнения Абоненту может занять до 30 рабочих дней с момента, когда Страховщик получит требуемую медицинскую информацию.

В случае отсутствия в предоставленных Застрахованным медицинских документах первого медицинского мнения указанные медицинские документы не направляются врачу-специалисту, и услуга «Экспертное медицинское мнение» не организовывается, о чем Страховщик уведомляет Застрахованного в течение трех рабочих дней с момента принятия решения о ненаправлении медицинских документов врачу-специалисту в связи с отсутствием в них первого медицинского мнения.

2. Программа покрывает операции и/или другие медицинские услуги, включая, но не ограничиваясь:

2.1. Общая хирургия: Холецистэктомия; Колэктомия; Колоректальная хирургия (в том числе малоинвазивные методы); Гистерэктомия; Тиреоидэктомия; Герниопластика (эпигастральной/бедренной/паховой грыжи); Элективная хирургия дивертикулита; Хирургия молочной железы (некосметическая).

2.2. Сердечно-сосудистая хирургия: Аорто-коронарное шунтирование; Замена сердечного клапана; Каротидная ангиография, стентирование, эндартерэктомия; Вальвулотомия сердечного клапана; Септальнаямиомэктомия; Установка кардиостимулятора; Катетеризация сердца; Стентирование; Сосудистая хирургия (за исключением лечения варикозного расширения вен); Операции в связи с пороками сердца; Операции в связи с дефектами перегородки (межжелудочковой/межпредсердной).

2.3. Нейрохирургия: Операции в связи с врожденными пороками развития; Операции в связи с гидроцефалией; Операции в связи с травмами спинного мозга; Операции в связи с травматическим поражением периферической нервной системы; Операции в связи с межпозвоночной грыжей; Операции в связи с стенозом спинномозгового канала; Операции в связи с опухолью головного мозга; Операции в связи с опухолями позвоночника, спинного мозга и периферических нервов; Эмболизация неразрывавшейся церебральной аневризмы; Неврологическая реабилитация.

2.4. Урология: Операции в связи с врожденными пороками развития; Трансуретральная резекция предстательной железы; Криоабляция / высокочастотная УЗ-абляция простаты; Удаление камней (чрескожная нефролитотрипсия/ экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия); Хирургия пузырно-мочеточникового рефлюкса; Операции в связи с недержанием мочи (TVT).

2.5. Ортопедическая хирургия: Эндопротезирование тазобедренного сустава; Поверхностное эндопротезирование тазобедренного сустава; Эндопротезирование коленного сустава; Эндопротезирование других суставов; Реконструктивные операции на мениске; Реконструктивные операции на передней крестообразной связке; Реконструктивные операции на плечевом суставе; Хирургия кисти/стопы; Артроскопическая хирургия; Протезирование конечностей; Ортопедическая реабилитация.

2.6. Офтальмохирургия: Витрео-ретиальная хирургия (за исключением рефрактивной хирургии); Офтальмоонкология; Операционное лечение глаукомы; Операционное лечение катаракты; Хирургия роговицы.

2.7. Онкология: Обследование и план консервативного лечения (план лечения будет составляться в России); Хирургические методы лечения; Лучевая терапия; Химиотерапия; Иммунотерапия; Гормонотерапия.

2.8. Нейродегенеративные заболевания: Рассеянный склероз; Болезнь Паркинсона; Заболевание двигательных нейронов; Обследование и план консервативного лечения (план лечения будет составляться в России).

- 2.9. Трансплантационная хирургия:** Трансплантология сердца; Трансплантология лёгкого; Трансплантология почки; Трансплантология поджелудочной железы; Трансплантология костного мозга.
- 2.10.** Реабилитационное лечение.
- 2.11.** Паллиативная помощь.
- 2.12.** Услуга «Второе медицинское мнение» («Экспертное медицинское мнение»).
- 3. Страховая сумма** определяется по согласованию Сторон в договоре страхования.

**Программа международного медицинского страхования
«AlfaUltraCare: Уровень Золотой»**

ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1. В соответствии с настоящей Программой, Страховщик оплачивает следующие услуги:
- 1.1. Стационарная помощь:**
- 1.1.1.** Медицинская перевозка Застрахованного к поставщику медицинских услуг (в медицинское учреждение и/или между медицинскими учреждениями, за исключением санавиации).
- 1.2.** Медицинские услуги и лечение в стационаре:
- 1.2.1.** консультации лечащим врачом;
- 1.2.2.** лабораторные и инструментальные исследования;
- 1.2.3.** физиотерапия;
- 1.2.4.** хирургическое (включая услуги анестезиолога) и консервативное лечение, в том числе химио- и лучевая терапия;
- 1.2.5.** трансплантация органов;
- 1.2.5.1.** Стоимость расходов на перевозку тела.
- 1.2.5.2.** Расходы на получение органа для пересадки.
- 1.2.5.3.** Стоимость поездки за границу.
- 1.2.5.4.** Расходы на воздушную перевозку за границу специальным рейсом.
- 1.2.5.5.** Расходы на проживание за границей.
- 1.2.5.6.** Расходы на доставку врача-специалиста в страну страхователя.
- 1.2.6.** протезирование и имплантация, включая стоимость имплантов;
- 1.2.7.** пребывание в блоке интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- 1.2.8.** пребывание в стационаре с целью диагностического обследования в случае, если по прибытию на лечение в выбранное Страховщиком медицинское учреждение изначальный диагноз опровергается;
- 1.2.9.** лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения;
- 1.2.10.** пребывание в одно- и двухместных палатах, но не более 30 календарных дней, питание и медицинское обслуживание медицинским персоналом, в том числе послеоперационный индивидуальный медицинский пост;
- 1.3.** Экспертиза временной нетрудоспособности.
- 1.4.** Предоставление различной медицинской документации, в том числе и на русском языке.
- 1.5.** Сервисные услуги, связанные с предоставлением стационарной медицинской помощи (дополнительное питание, телефон, телевизор, кондиционер, душ, туалет и т.д.).
- 1.6.** Стоимость авиабилетов в страну назначения и обратно в страну постоянного проживания экономическим классом для Застрахованного, а также одного лица, сопровождающего Застрахованного во время поездки в страну назначения (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих).
- 1.7.** Стоимость размещения в гостинице не более 4-х звезд для Застрахованного, а также одного лица, сопровождающего Застрахованного во время поездки в страну назначения (для

несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих).

1.8. Визовый сбор для Застрахованного и одного лица, сопровождающего Застрахованного во время поездки в страну назначения (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих).

1.9. Сервисные услуги и услуги сопровождения, связанные с организацией медицинской помощи Застрахованному в стране назначения:

1.9.1. Сопровождение Застрахованного в стране назначения в течении периода лечения;

1.9.2. Помощь в получении визы с целью прохождения лечения в страну назначения для Застрахованного и одного сопровождающего (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих).

1.9.3. Помощь в бронировании авиабилетов в страну назначения и обратно для Застрахованного и одного сопровождающего (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих).

1.9.4. Организация немедицинской перевозки в стране назначения для застрахованного и одного сопровождающего (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих) от аэропорта до клиники, или иного места размещения страхователя на период лечения и в аэропорт.

1.9.5. Услуги устного и письменного перевода для Застрахованного в выбранном медицинском учреждении на период лечения (в случае необходимости).

1.10. Репатриация останков в страну проживания Застрахованного.

1.11. Реабилитационное лечение - комплекс медицинских мероприятий, направленных на восстановление и поддержание здоровья Застрахованного, продолжительностью не более 90 дней после наступления одного из следующих событий, произошедших в период действия Договора страхования:

- заболевания и травмы головного мозга:
 - геморрагический или ишемический инсульт;
 - резекция внутричерепной опухоли;
 - энцефалит, менингит;
 - аноксическое повреждение головного мозга.
- заболевания и травмы спинного мозга и позвоночника:
 - повреждение спинного мозга в результате травмы, опухоли, инфекции или заболевания сосудов;
 - заболевание и травма позвоночника.
- необходимость проведения ортопедического лечения:
 - ампутация конечности,
 - операция в связи с опухолью кости,
 - операция в связи со сложным переломом.

Продолжительность оплачиваемого Страховщиком курса реабилитации не может превышать 90 дней после наступления одного из указанных выше событий.

В медицинском заключении (направлении на реабилитационное лечение) должно быть указано, что по состоянию здоровья Застрахованный имеет показания для прохождения реабилитационной программы в соответствии с определениями, содержащимися в настоящем Разделе.

Объем реабилитационной программы, а также медицинская организация, оказывающая данную услугу, согласовывается со Страховщиком.

При организации реабилитационного лечения Страховщик оплачивает следующие расходы на:

1.11.1. проживание в реабилитационном учреждении включая питание, уход за пациентом, медицинские осмотры, помощь в реабилитации и физиотерапия, трудотерапия, восстановление речи и другие услуги по реабилитации, оказанные реабилитационным учреждением по усмотрению врача-реабилитолога;

1.11.2. дополнительные консультации врачей, лабораторную и инструментальную диагностику, назначенные лечащим врачом - реабилитологом, включая проверки с использованием методов визуализации, ЭКГ и ЭЭГ;

1.11.3. лекарства в период реабилитации, назначаемые исключительно с целью реабилитации.

1.11.4. подготовку медицинской выписки (выписного эпикриза) по результатам реабилитационной программы); перевод медицинской выписки на русский язык.

1.12. Паллиативная помощь - медицинская помощь, направленная на избавление от боли и облегчение тяжести симптомов рака онкологического пациента и улучшение качества его жизни.

Потребность в оказании данной помощи предварительно согласовывается с медицинским специалистом Страховщика.

1.13. Услуга «Второе медицинское мнение» («Экспертное медицинское мнение»).

Данная услуга заключается в получении Застрахованным повторного заключения о состоянии его здоровья, которое выносится медицинской организацией по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, содержащейся в первом медицинском мнении (медицинской документации, содержащей информацию о результатах обследования Застрахованного, наличии у него заболеваний, их диагнозах и прогнозах, методах лечения, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения), которое было изложено врачом-специалистом, получившим от компетентных органов разрешение на работу в качестве специалиста в определенной области медицины и имеющим необходимую квалификацию, в истории болезни Застрахованного.

Застрахованный имеет право на получение услуги «Второе медицинское мнение» на перечисленных ниже условиях:

1.13.1. Экспертное медицинское мнение выносится ведущими врачами-специалистами на основе первого медицинского мнения и истории болезни Застрахованного, представленной последним Страховщику, без обязательного медицинского обследования Застрахованного врачом-специалистом.

1.13.2. Требуемое заключение/мнение относится к состоянию здоровья Застрахованного в одной из следующих областей медицины:

- Онкология;
- Кардиология;
- Неврология;
- Нефрология;
- Ортопедия.

1.13.3. В период действия Договора Застрахованный имеет право на получение Экспертного медицинского мнения не более двух раз по каждой из перечисленных в п. 1.13.2. настоящей Программы областей в течение срока действия Договора страхования.

1.13.4. Порядок получения услуги «Второе мнение» («Экспертное медицинское мнение»).

Застрахованный, нуждающийся в получении услуги «Экспертное медицинское мнение», обращается к Страховщику для организации получения данной услуги с имеющимися у него медицинскими документами, подтверждающими поставленный диагноз.

Страховщик в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты обращения Застрахованного сообщает Застрахованному, какую именно медицинскую информацию и документацию он должен будет представить для отправки запроса врачу-специалисту для получения услуги «Экспертное медицинское мнение».

При необходимости после получения запроса и истории болезни Застрахованного Страховщик связывается с Застрахованным по телефону или с помощью других средств связи, таких как электронная почта или факс, для получения дополнительной информации и документации.

После получения истории болезни Застрахованного и иных медицинских документов,

которые потребуются для подготовки Экспертного медицинского мнения, запрос на получение Экспертного медицинского мнения направляется Страховщиком врачу-специалисту.

Услуга считается организованной Страховщиком с момента оказания Застрахованному услуги «Экспертное медицинское мнение». Моментом оказания данной услуги является момент передачи Страховщиком документально оформленного Экспертного медицинского мнения Застрахованному.

При необходимости Страховщик запрашивает у Застрахованного необходимые медицинские документы и осуществляет их перевод на язык страны, в которой будет изготавливаться Второе медицинское мнение (в случае необходимости), для подготовки запроса на получение Экспертного медицинского мнения.

Страховщик направляет медицинские документы и запрос на получение Экспертного медицинского мнения подходящему врачу-специалисту. Страховщик обеспечивает передачу подготовленного Экспертного медицинского мнения Застрахованному в течение 14 рабочих дней с момента, когда будет получена вся необходимая медицинская информация. В сложных случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций, передача Экспертного медицинского мнения Абоненту может занять до 30 рабочих дней с момента, когда Страховщик получит требуемую медицинскую информацию.

В случае отсутствия в предоставленных Застрахованным медицинских документах первого медицинского мнения указанные медицинские документы не направляются врачу-специалисту, и услуга «Экспертное медицинское мнение» не организовывается о чем Страховщик уведомляет Застрахованного в течение трех рабочих дней с момента принятия решения о ненаправлении медицинских документов врачу-специалисту в связи с отсутствием в них первого медицинского мнения.

2. Программа покрывает операции и/или другие медицинские услуги, включая, но не ограничиваясь:

2.1. Общая хирургия: Холецистэктомия; Колэктомия; Колоректальная хирургия (в том числе малоинвазивные методы); Гистерэктомия; Тиреоидэктомия; Герниопластика (эпигастральной/бедренной/паховой грыжи); Элективная хирургия дивертикулита; Хирургия молочной железы (некосметическая).

2.2. Сердечно-сосудистая хирургия: Аорто-коронарное шунтирование; Замена сердечного клапана; Каротидная ангиография, стентирование, эндартерэктомия; Вальвулотомия сердечного клапана; Септальнаямиомэктомия; Установка кардиостимулятора; Катетеризация сердца; Стентирование; Сосудистая хирургия (за исключением лечения варикозного расширения вен); Операции в связи с пороками сердца; Операции в связи с дефектами перегородки (межжелудочковой/межпредсердной).

2.3. Нейрохирургия: Операции в связи с врождёнными пороками развития; Операции в связи с гидроцефалией; Операции в связи с травмами спинного мозга; Операции в связи с травматическим поражением периферической нервной системы; Операции в связи с межпозвоночной грыжей; Операции в связи с стенозом спинномозгового канала; Операции в связи с опухолью головного мозга; Операции в связи с опухолями позвоночника, спинного мозга и периферических нервов; Эмболизация неразорвавшейся церебральной аневризмы; Неврологическая реабилитация.

2.4. Урология: Операции в связи с врождёнными пороками развития; Трансуретральная резекция предстательной железы; Криоабляция / высокочастотная УЗ-абляция простаты; Удаление камней (чрескожная нефролитотрипсия/ экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия); Хирургия пузырно-мочеточникового рефлюкса; Операции в связи с недержанием мочи (TVT).

2.5. Ортопедическая хирургия: Эндопротезирование тазобедренного сустава; Поверхностное эндопротезирование тазобедренного сустава; Эндопротезирование коленного

сустава; Эндопротезирование других суставов; Реконструктивные операции на мениске; Реконструктивные операции на передней крестообразной связке; Реконструктивные операции на плечевом суставе; Хирургия кисти/стопы; Артроскопическая хирургия; Протезирование конечностей; Ортопедическая реабилитация.

2.6. Офтальмохирургия: Витрео-ретиальная хирургия (за исключением рефрактивной хирургии); Офтальмоонкология; Операционное лечение глаукомы; Операционное лечение катаракты; Хирургия роговицы.

2.7. Онкология: Обследование и план консервативного лечения (план лечения будет составляться в России); Хирургические методы лечения; Лучевая терапия; Химиотерапия; Иммунотерапия; Гормонотерапия.

2.8. Нейродегенеративные заболевания: Рассеянный склероз; Болезнь Паркинсона; Заболевания двигательных нейронов; Обследование и план консервативного лечения (план лечения будет составляться в России).

2.9. Трансплантационная хирургия: Трансплантология сердца; Трансплантология лёгкого; Трансплантология почки; Трансплантология поджелудочной железы; Трансплантология костного мозга.

2.10. Другие виды операций, кроме косметических.

2.11. Реабилитационное лечение.

2.12. Паллиативная помощь.

2.13. Услуга «Второе медицинское мнение» («Экспертное медицинское мнение»).

3. Страховая сумма определяется по согласованию Сторон в договоре страхования.

Программа международного медицинского страхования «AlfaSynopsis: Уровень Серебряный»

ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1. По настоящей программе Страховщик организует и оплачивает следующие услуги:

1.2. Расходы на госпитализацию:

1.2.1. Медицинская транспортировка Застрахованного к поставщику медицинских услуг (в медицинское учреждение и/или между медицинскими учреждениями), за исключением санавиации.

1.3. Стационарные медицинские услуги и лечение включая:

- Консультации лечащим врачом;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- физиотерапия;
- хирургическое (включая услуги анестезиолога) и консервативное лечение, в том числе химио- и лучевая терапия;
- пребывание в блоке интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- пребывание в стационаре с целью диагностического обследования в случае, если по прибытию на лечение в выбранное Страховщиком медицинское учреждение изначальный диагноз опровергается;
- лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения
- протезирование и имплантация, включая стоимость имплантов;
- пребывание в одно- и двухместных палатах, но не более 30 календарных дней, питание и медицинское обслуживание медицинским персоналом, в том числе послеоперационный индивидуальный медицинский пост, но не более 8 дней;

1.4. Сестринский уход на дому.

1.5. Экспертиза временной нетрудоспособности.

- 1.6.** Предоставление различной медицинской документации;
- 1.7.** Сервисные услуги, связанные с предоставлением стационарной медицинской помощи (дополнительное питание, телефон, телевизор, кондиционер, душ, туалет и т.д.).
- 1.8.** Сервисные услуги и услуги сопровождения, связанные с организацией медицинской помощи Застрахованному в стране назначения, в том числе:
- 1.8.1.** Сопровождение Застрахованного в стране назначения в течении периода лечения;
- 1.8.2.** Помощь в получении визы с целью прохождения лечения в страну назначения для Застрахованного и одного сопровождающего (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих).
- 1.8.3.** Помощь в бронировании авиабилетов в страну назначения и обратно для Застрахованного и одного сопровождающего (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих).
- 1.8.4.** Организация немедицинской перевозки в стране назначения для Застрахованного и одного сопровождающего (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих) от аэропорта до клиники, или иного места размещения Застрахованного на период лечения и в аэропорт.
- 1.8.5.** Услуги устного и письменного перевода для Застрахованного в выбранном медицинском учреждении на период лечения (в случае необходимости).
- 1.9.** Репатриация останков в страну проживания застрахованного.
- 1.10.** Стоимость авиабилетов в страну назначения и обратно в страну постоянного проживания экономическим классом для Застрахованного, а также одного лица, сопровождающего Застрахованного во время поездки в страну назначения (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих).
- 1.11.** Стоимость размещения в гостинице не более 4-х звезд для Застрахованного, а также одного лица, сопровождающего Застрахованного во время поездки в страну назначения (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих).
- 1.12.** Визовый сбор для Застрахованного и одного лица, сопровождающего Застрахованного во время поездки в страну назначения (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих).
- 1.13.** Реабилитационное лечение - комплекс медицинских мероприятий, направленных на восстановление и поддержание здоровья Застрахованного, продолжительностью не более 90 дней после наступления одного из следующих событий, произошедших в период действия Договора страхования:
- заболевания и травмы головного мозга:
 - геморрагический или ишемический инсульт;
 - резекция внутримозговой опухоли;
 - энцефалит, менингит;
 - аноксическое повреждение головного мозга.
 - заболевания и травмы спинного мозга и позвоночника:
 - повреждение спинного мозга в результате травмы, опухоли, инфекции или заболевания сосудов;
 - заболевание и травма позвоночника.
 - необходимость проведения ортопедического лечения:
 - ампутация конечности,
 - операция в связи с опухолью кости,
 - операция в связи со сложным переломом.

Продолжительность оплачиваемого Страховщиком курса реабилитации не может превышать 90 дней после наступления одного из указанных выше событий.

В медицинском заключении (направлении на реабилитационное лечение) должно быть указано, что по состоянию здоровья Застрахованный имеет показания для прохождения реабилитационной программы в соответствии с определениями, содержащимися в

настоящем Разделе.

Объем реабилитационной программы, а также медицинская организация, оказывающая данную услугу, согласовывается со Страховщиком.

При организации реабилитационного лечения Страховщик оплачивает следующие расходы на:

1.13.1. проживание в реабилитационном учреждении включая питание, уход за пациентом, медицинские осмотры, помощь в реабилитации и физиотерапия, трудотерапия, восстановление речи и другие услуги по реабилитации, оказанные реабилитационным учреждением по усмотрению врача-реабилитолога;

1.13.2. дополнительные консультации врачей, лабораторную и инструментальную диагностику, назначенные лечащим врачом - реабилитологом, включая проверки с использованием методов визуализации, ЭКГ и ЭЭГ;

1.13.3. лекарства в период реабилитации, назначаемые исключительно с целью реабилитации.

1.13.4. подготовку медицинской выписки (выписного эпикриза) по результатам реабилитационной программы); перевод медицинской выписки на русский язык (в случае необходимости).

1.14. Паллиативная помощь - медицинская помощь, направленная на избавление от боли и облегчение тяжести симптомов рака онкологического пациента и улучшение качества его жизни.

Потребность в оказании данной помощи предварительно согласовывается с медицинским специалистом Страховщика.

1.15. Услуга «Второе медицинское мнение» («Экспертное медицинское мнение»).

Данная услуга заключается в получении Застрахованным повторного заключения о состоянии его здоровья, которое выносится медицинской организацией по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, содержащейся в первом медицинском мнении (медицинской документации, содержащей информацию о результатах обследования Застрахованного, наличии у него заболеваний, их диагнозах и прогнозах, методах лечения, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения), которое было изложено врачом-специалистом, получившим от компетентных органов разрешение на работу в качестве специалиста в определенной области медицины и имеющим необходимую квалификацию, в истории болезни Застрахованного. Застрахованный имеет право на получение услуги «Второе медицинское мнение» на перечисленных ниже условиях:

1.15.1. Экспертное медицинское мнение выносится ведущими врачами-специалистами на основе первого медицинского мнения и истории болезни Застрахованного, представленной последним Страховщику, без обязательного медицинского обследования Застрахованного врачом-специалистом.

1.15.2. Требуемое заключение/мнение относится к состоянию здоровья Застрахованного в одной из следующих областей медицины:

- Онкология;
- Кардиология;
- Неврология;
- Нефрология;
- Ортопедия.

1.15.3. В период действия Договора Застрахованный имеет право на получение Экспертного медицинского мнения не более двух раз по каждой из перечисленных в п. 1.15.2. настоящей Программы областей в течение срока действия Договора страхования.

1.15.4. Порядок получения услуги «Второе мнение» («Экспертное медицинское мнение»).

Застрахованный, нуждающийся в получении услуги «Экспертное медицинское мнение», обращается к Страховщику для организации получения данной услуги с имеющимися у

него медицинскими документами, подтверждающими поставленный диагноз.

Страховщик в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты обращения Застрахованного сообщает Застрахованному, какую именно медицинскую информацию и документацию он должен будет представить для отправки запроса врачу-специалисту для получения услуги «Экспертное медицинское мнение».

При необходимости после получения запроса и истории болезни Застрахованного Страховщик связывается с Застрахованным по телефону или с помощью других средств связи, таких как электронная почта или факс, для получения дополнительной информации и документации.

После получения истории болезни Застрахованного и иных медицинских документов, которые потребуются для подготовки Экспертного медицинского мнения, запрос на получение Экспертного медицинского мнения направляется Страховщиком врачу-специалисту.

Услуга считается организованной Страховщиком с момента оказания Застрахованному услуги «Экспертное медицинское мнение». Моментом оказания данной услуги является момент передачи Страховщиком документально оформленного Экспертного медицинского мнения Застрахованному.

При необходимости Страховщик запрашивает у Застрахованного необходимые медицинские документы и осуществляет их перевод на язык страны, в которой будет изготавливаться Второе медицинское мнение, для подготовки запроса на получение Экспертного медицинского мнения.

Страховщик направляет медицинские документы и запрос на получение Экспертного медицинского мнения подходящему врачу-специалисту. Страховщик обеспечивает передачу подготовленного Экспертного медицинского мнения Застрахованному в течение 14 рабочих дней с момента, когда будет получена вся необходимая медицинская информация. В сложных случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций, передача Экспертного медицинского мнения Абоненту может занять до 30 рабочих дней с момента, когда Страховщик получит требуемую медицинскую информацию.

В случае отсутствия в предоставленных Застрахованным медицинских документах первого медицинского мнения указанные медицинские документы не направляются врачу-специалисту, и услуга «Экспертное медицинское мнение» не организовывается, о чем Страховщик уведомляет Застрахованного в течение трех рабочих дней с момента принятия решения о ненаправлении медицинских документов врачу-специалисту в связи с отсутствием в них первого медицинского мнения.

2. Операции и/или другие медицинские процедуры оказываемые по Программе:

2.1. Онкология: Обследование и план консервативного лечения (план лечения будет составляться в России); Хирургические методы лечения; Лучевая терапия; Химиотерапия; Иммунотерапия; Гормонотерапия.

2.2. Реабилитационное лечение.

2.3. Паллиативная помощь.

2.4. Услуга «Второе медицинское мнение» («Экспертное медицинское мнение»).

3. Страховая сумма определяется по согласованию Сторон в Договоре страхования.

Программа международного медицинского страхования «AlfaSynopsis: Уровень Золотой»

ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1. По настоящей программе Страховщик организует и оплачивает следующие услуги:

1.2. Расходы на госпитализацию:

1.2.1. Медицинская транспортировка Застрахованного к поставщику медицинских услуг (в медицинское учреждение и/или между медицинскими учреждениями), за исключением санавиации.

1.3. Стационарные медицинские услуги и лечение включая:

- Консультации лечащим врачом;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- физиотерапия;
- хирургическое (включая услуги анестезиолога) и консервативное лечение, в том числе химио- и лучевая терапия;
- пребывание в блоке интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- пребывание в стационаре с целью диагностического обследования в случае, если по прибытию на лечение в выбранное Страховщиком медицинское учреждение изначальный диагноз опровергается;
- лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения
- протезирование и имплантация, включая стоимость имплантов;
- пребывание в одно- и двухместных палатах, но не более 30 календарных дней, питание и медицинское обслуживание медицинским персоналом, в том числе послеоперационный индивидуальный медицинский пост, но не более 8 дней;

1.4. Сестринский уход на дому.

1.5. Экспертиза временной нетрудоспособности.

1.6. Предоставление различной медицинской документации;

1.7. Сервисные услуги, связанные с предоставлением стационарной медицинской помощи (дополнительное питание, телефон, телевизор, кондиционер, душ, туалет и т.д.).

1.8. Сервисные услуги и услуги сопровождения, связанные с организацией медицинской помощи Застрахованному в стране назначения, в том числе:

1.8.1. Сопровождение Застрахованного в стране назначения в течение периода лечения;

1.8.2. Помощь в получении визы с целью прохождения лечения в страну назначения для Застрахованного и одного сопровождающего (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих).

1.8.3. Помощь в бронировании авиабилетов в страну назначения и обратно для Застрахованного и одного сопровождающего (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих).

1.8.4. Организация немедицинской перевозки в стране назначения для Застрахованного и одного сопровождающего (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих) от аэропорта до клиники, или иного места размещения Застрахованного на период лечения и в аэропорт.

1.8.5. Услуги устного и письменного перевода для Застрахованного в выбранном медицинском учреждении на период лечения (в случае необходимости).

1.9. Репатриация останков в страну проживания страхователя.

1.10. Стоимость авиабилетов в страну назначения и обратно в страну постоянного проживания экономическим классом для Застрахованного, а также одного лица, сопровождающего Застрахованного во время поездки в страну назначения (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих).

1.11. Стоимость размещения в гостинице не более 4-х звезд для Застрахованного, а также одного лица, сопровождающего Застрахованного во время поездки в страну назначения (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих).

1.12. Визовый сбор для Застрахованного и одного лица, сопровождающего Застрахованного во время поездки в страну назначения (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих).

1.13. Реабилитационное лечение - комплекс медицинских мероприятий, направленных на восстановление и поддержание здоровья Застрахованного, продолжительностью не более 90

дней после наступления одного из следующих событий, произошедших в период действия Договора страхования:

- заболевания и травмы головного мозга:
 - геморрагический или ишемический инсульт;
 - резекция внутричерепной опухоли;
 - энцефалит, менингит;
 - аноксическое повреждение головного мозга.
- заболевания и травмы спинного мозга и позвоночника:
 - повреждение спинного мозга в результате травмы, опухоли, инфекции или заболевания сосудов;
 - заболевание и травма позвоночника.
- необходимость проведения ортопедического лечения:
 - ампутация конечности,
 - операция в связи с опухолью кости,
 - операция в связи со сложным переломом.

Продолжительность оплачиваемого Страховщиком курса реабилитации не может превышать 90 дней после наступления одного из указанных выше событий.

В медицинском заключении (направлении на реабилитационное лечение) должно быть указано, что по состоянию здоровья Застрахованный имеет показания для прохождения реабилитационной программы в соответствии с определениями, содержащимися в настоящем Разделе.

Объем реабилитационной программы, а также медицинская организация, оказывающая данную услугу, согласовывается со Страховщиком.

При организации реабилитационного лечения Страховщик оплачивает следующие расходы на:

1.13.1. проживание в реабилитационном учреждении включая питание, уход за пациентом, медицинские осмотры, помощь в реабилитации и физиотерапия, трудотерапия, восстановление речи и другие услуги по реабилитации, оказанные реабилитационным учреждением по усмотрению врача-реабилитолога;

1.13.2. дополнительные консультации врачей, лабораторную и инструментальную диагностику, назначенные лечащим врачом - реабилитологом, включая проверки с использованием методов визуализации, ЭКГ и ЭЭГ;

1.13.3. лекарства в период реабилитации, назначаемые исключительно с целью реабилитации.

1.13.4. подготовку медицинской выписки (выписного эпикриза) по результатам реабилитационной программы); перевод медицинской выписки на русский язык (в случае необходимости).

1.14. Паллиативная помощь - медицинская помощь, направленная на избавление от боли и облегчение тяжести симптомов рака онкологического пациента и улучшение качества его жизни.

Потребность в оказании данной помощи предварительно согласовывается с медицинским специалистом Страховщика.

1.15. Услуга «Второе медицинское мнение» («Экспертное медицинское мнение»).

Данная услуга заключается в получении Застрахованным повторного заключения о состоянии его здоровья, которое выносится медицинской организацией по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, содержащейся в первом медицинском мнении (медицинской документации, содержащей информацию о результатах обследования Застрахованного, наличии у него заболеваний, их диагнозах и прогнозах, методах лечения, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения), которое было изложено врачом-специалистом, получившим от

компетентных органов разрешение на работу в качестве специалиста в определенной области медицины и имеющим необходимую квалификацию, в истории болезни Застрахованного. Застрахованный имеет право на получение услуги «Второе медицинское мнение» на перечисленных ниже условиях:

1.15.1. Экспертное медицинское мнение выносится ведущими врачами-специалистами на основе первого медицинского мнения и истории болезни Застрахованного, представленной последним Страховщику, без обязательного медицинского обследования Застрахованного врачом-специалистом.

1.15.2. Требуемое заключение/мнение относится к состоянию здоровья Застрахованного в одной из следующих областей медицины:

- Онкология;
- Кардиология;
- Неврология;
- Нефрология;
- Ортопедия.

1.15.3. В период действия Договора Застрахованный имеет право на получение Экспертного медицинского мнения не более двух раз по каждой из перечисленных в п. **1.15.2.** настоящей Программы областей в течение срока действия Договора страхования.

1.15.4. Порядок получения услуги «Второе мнение» («Экспертное медицинское мнение»).

Застрахованный, нуждающийся в получении услуги «Экспертное медицинское мнение», обращается к Страховщику для организации получения данной услуги с имеющимися у него медицинскими документами, подтверждающими поставленный диагноз.

Страховщик в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты обращения Застрахованного сообщает Застрахованному, какую именно медицинскую информацию и документацию он должен будет представить для отправки запроса врачу-специалисту для получения услуги «Экспертное медицинское мнение».

При необходимости после получения запроса и истории болезни Застрахованного Страховщик связывается с Застрахованным по телефону или с помощью других средств связи, таких как электронная почта или факс, для получения дополнительной информации и документации.

После получения истории болезни Застрахованного и иных медицинских документов, которые потребуются для подготовки Экспертного медицинского мнения, запрос на получение Экспертного медицинского мнения направляется Страховщиком врачу-специалисту.

Услуга считается организованной Страховщиком с момента оказания Застрахованному услуги «Экспертное медицинское мнение». Моментом оказания данной услуги является момент передачи Страховщиком документально оформленного Экспертного медицинского мнения Застрахованному.

При необходимости Страховщик запрашивает у Застрахованного необходимые медицинские документы и осуществляет их перевод на язык страны, в которой будет изготавливаться Второе медицинское мнение (в случае необходимости), для подготовки запроса на получение Экспертного медицинского мнения.

Страховщик направляет медицинские документы и запрос на получение Экспертного медицинского мнения подходящему врачу-специалисту. Страховщик обеспечивает передачу подготовленного Экспертного медицинского мнения Застрахованному в течение 14 рабочих дней с момента, когда будет получена вся необходимая медицинская информация. В сложных случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций, передача Экспертного медицинского мнения Абоненту может занять до 30 рабочих дней с момента, когда Страховщик получит требуемую медицинскую информацию.

В случае отсутствия в предоставленных Застрахованным медицинских документах первого

медицинского мнения указанные медицинские документы не направляются врачу-специалисту, и услуга «Экспертное медицинское мнение» не организовывается, о чем Страховщик уведомляет Застрахованного в течение трех рабочих дней с момента принятия решения о ненаправлении медицинских документов врачу-специалисту в связи с отсутствием в них первого медицинского мнения.

2. Операции и/или другие медицинские процедуры оказываемые по Программе:

2.1. Онкология: Обследование и план консервативного лечения (план лечения будет составляться в России); Хирургические методы лечения; Лучевая терапия; Химиотерапия; Иммунотерапия; Гормонотерапия.

2.2. Реабилитационное лечение.

2.3. Паллиативная помощь.

2.4. Услуга «Второе медицинское мнение» («Экспертное медицинское мнение»).

3. Страховая сумма определяется по согласованию Сторон в Договоре страхования.

Приложение 2.1
К Правилам добровольного международного
медицинского страхования

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИНЯТИИ НА СТРАХОВАНИЕ (ВЗРОСЛЫЕ)

Данные Кандидата на страхование

Паспорт №	Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения	Пол

1. Я заявляю, даю согласие и обязуюсь настоящим, что:

1.1. На дату подписания настоящего документа я не имею никаких пороков, врожденных заболеваний, включая наследственные заболевания, и/или состояние здоровья, и/или медицинское явление и/или болезнь, как с проведенным курсом лечения, так и без него, и/или их последствия, как прямые, так и косвенные, которые были вызваны и/или ухудшились вследствие такого состояния здоровья, которое имело место до настоящего момента, кроме указанных ниже в п.п.3 (при наличии).

1.2. Все ответы верны, полны и даны по моей доброй воле.

1.3. Все данные, приведенные в настоящем Заявлении и вся прочая информация, сообщенная Страховщику, а также условия, принятые у Страховщика по этому вопросу, будут являться основополагающими условиями договора страхования между мной и Страховщиком и будут являться его неотъемлемой частью.

1.4. Страхователь имеет право решить, принять ему Предложение о страховании или отвергнуть его, не неся при этом обязанности объяснять свое решение. Мне известно, что договор страхования вступает в силу только после того, как Страховщик предоставит письменное подтверждение того, что он берется страховать меня и после того как первый страховой взнос будет выплачен полностью.

2. Мне известно, что:

2.1. Ответы и/или информация, переданные мною Страховщику, будут храниться в информационной базе данных Страховой Компании в соответствии с выполнением положений и требований Федерального закона N 152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 и будут использоваться только для целей страхования.

2.2. Страховая компания освобождена от обязанности предоставлять услуги применительно к пороку, врожденному заболеванию, включая наследственные заболевания, и/или состоянию здоровья, и/или медицинским явлениям и/или болезни, как с проведенным курсом лечения, так и без него, и/или их последствий, как прямых, так и косвенных, которые были вызваны и/или ухудшились вследствие такого состояния здоровья, который имел место до момента начала страхования, и при не соблюдении мной условий страхования, указанных в выбранной страховой программе.

3. Дополнительная информация. *В случае наличия острого и/или хронического заболевания, врожденного порока и/или медицинского состояния, приведите подробности* _____

Дата

Место подписания

Подпись Кандидата

Декларации

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИНЯТИИ НА СТРАХОВАНИЕ (ДЕТИ)

Данные Кандидата на страхование

Паспорт № / Св-во о рождении	Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения	Пол

Для несовершеннолетних указать данные законного представителя (родитель, опекун, попечитель):

Паспорт №	Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения	Пол

1. Я заявляю, даю согласие и обязуюсь настоящим, что:

1.1. На дату подписания настоящего документа (Фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего Кандидата на страхование) не имею (ет) никаких пороков, врожденных заболеваний, включая наследственные заболевания, и/или состояние здоровья, и/или медицинское явление и/или болезнь, как с проведенным курсом лечения, так и без него, и/или их последствия, как прямые, так и косвенные, которые были вызваны и/или ухудшились вследствие такого состояния здоровья, которое имело место до настоящего момента, кроме указанных ниже в п.п.3 (при наличии).

1.2. Все ответы верны, полны и даны по моей доброй воле.

1.3. Все данные, приведенные в настоящем Заявлении, и вся прочая информация, сообщенная Страхователю, а также условия, принятые у Страхователя по этому вопросу, будут являться основополагающими условиями договора страхования между мной и Страхователем и будут являться его неотъемлемой частью.

1.4. Страхователь имеет право решить, принять ему Предложение о страховании или отвергнуть его, не неся при этом обязанности объяснять свое решение. Мне известно, что договор страхования вступает в силу только после того, как Страхователь предоставит письменное подтверждение того, что он берется страховать (Фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего кандидата на страхование), и после того как первый страховой взнос будет выплачен полностью.

2. Мне известно, что:

2.1. Ответы и/или информация, переданные мною Страхователю, будут храниться в информационной базе данных Страховой Компании в соответствии с выполнением положений и требований Федерального закона N 152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 и будут использоваться только для целей страхования.

2.2. Страховая компания освобождена от обязанности предоставлять услуги применительно к пороку, врожденному заболеванию, включая наследственные заболевания, и/или состоянию здоровья, и/или медицинским явлениям и/или болезни, как с проведенным курсом лечения, так и без него, и/или их последствий, как прямых, так и косвенных, которые были вызваны и/или ухудшились вследствие такого состояния здоровья, который имел место до момента начала страхования, и при не соблюдении мной условий страхования, указанных в выбранной страховой программе.

3. Дополнительная информация. В случае наличия острого и/или хронического заболевания, врожденного порока и/или медицинского состояния, приведите подробности _____

Дата

Место подписания
Декларации

Подпись Кандидата (за
несовершеннолетних подписывает
законный представитель;
родитель, опекун или попечитель)

Приложение 2.3.
к Правилам добровольного международного
медицинского страхования

ЗАВЛЕНИЕ О ПРИЕМЕ НА
СТРАХОВАНИЯ ПО ПРОДУКТАМ ALFAULTRACARE И ALFASYNOPSIS

Получено ОАО «АльфаСтрахование»
Дата/ответственное лицо

А. Данные заявителя (Лицо 1)

Дата вступления договора страхования в силу (ДД/ММ/ГГГГ)		
Фамилия, Имя, Отчество		
Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Дата рождения (ДД/ММ/ГГГГ)	Номер и серия паспорта
Адрес	Номер дома/строение	Улица
	Город	Почтовый индекс
	Регион	Страна проживания/Гражданство
Контактные данные	Номер телефона	
	Факс	
	E-mail	
<input type="checkbox"/> Новый клиент (ранее не был клиентом ОАО «АльфаСтрахование»)		<input type="checkbox"/> Клиент ОАО «АльфаСтрахование» (Пожалуйста, укажите предыдущего договора страхования)

В. Данные о дополнительных Кандидатах на страхование

Лицо	Фамилия	Имя	Отчество	Паспорт №	Супруг / супруг а	Реб- нок	Дата рождения	Пол	
								М	Ж
2					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

С. Страховые программы

Лицо	Страховая программа	
1	<input type="checkbox"/> АльфаUltraCare Silver <input type="checkbox"/> АльфаSynopsis Silver	<input type="checkbox"/> АльфаUltraCare Gold <input type="checkbox"/> АльфаSynopsis Gold
2	<input type="checkbox"/> АльфаUltraCare Silver <input type="checkbox"/> АльфаSynopsis Silver	<input type="checkbox"/> АльфаUltraCare Gold <input type="checkbox"/> АльфаSynopsis Gold
3	<input type="checkbox"/> АльфаUltraCare Silver <input type="checkbox"/> АльфаSynopsis Silver	<input type="checkbox"/> АльфаUltraCare Gold <input type="checkbox"/> АльфаSynopsis Gold
4	<input type="checkbox"/> АльфаUltraCare Silver <input type="checkbox"/> АльфаSynopsis Silver	<input type="checkbox"/> АльфаUltraCare Gold <input type="checkbox"/> АльфаSynopsis Gold

Д. Информация о состоянии здоровья

	Лицо 1	Лицо 2	Лицо 3	Лицо 4
Ваш рост/вес? (см/кг)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1. Наблюдалась ли у Вас непроизвольная потеря более 10% от массы тела за последние 12 месяцев?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
2. Курите ли Вы? Как долго? _____ Каково ежедневное количество потребляемых Вами табачных изделий? _____. Если Вы бросили курить, укажите дату окончательного прекращения курения.	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
3. Заболевания или проблемы со здоровьем у биологических родственников первой степени (родителей, детей, братьев/сестер), такие как: сердечное заболевание, диабет, рак, неврологическое нарушение, психическое расстройство, попытка суицида или суицид. В случае положительного ответа просьба указать степень вашего родства, заболевание и возраст, в котором было диагностировано заболевание или произошла смерть.	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
4. Расстройства, связанные с нарушением деятельности нервной системы и мозга, и дефекты развития, в том числе: эпилепсия,	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ

инсульт, паралич, рассеянный склероз, болезнь Гоше, атрофия мышц, болезнь Паркинсона, слабоумие, болезнь Альцгеймера, умственная отсталость, синдром Дауна, дефицит внимания, первичные расстройства развития, нарушения развития и/или роста	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Психические заболевания, в том числе: депрессия, страхи, навязчивые идеи, шизофрения	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ
6. Легочные и системные заболевания, в том числе: астма (бронхит), хроническое обструктивное заболевание легких, эмфизема	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ
7. Кожные заболевания, в том числе: опухоли и/или язвы, псориаз, воспаления	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ
8. Повышенное/Пониженное кровяное давление, болезни сердца и сердечно-сосудистые заболевания, в том числе: гипертония, сердечный приступ, боль в груди, аритмия, врожденная аномалия, порок сердечного клапана, атеросклероз, аневризм аорты, тромбоз, варикозные вены, периферийное васкулярное заболевание	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ
9. Заболевания пищеварительной системы и грыжи, в том числе: рефлюкс, хроническое заболевание и/или кровотечение, геморрой, пилонидальный абсцесс, грыжи любых видов	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ
10. Заболевания печени, желчного пузыря и желчных протоков, в том числе: желтуха, гепатит, жировой метаморфоз печени, спленомегалия	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ
11. Заболевания почек и мочевой системы, в том числе: простата, мочекаменная болезнь, нефрит, энурез, кровь и/или белок в моче	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ
12. Нарушения обмена веществ и эндокринные расстройства, в том числе: диабет, ожирение, повышенное содержание триглицеридов в крови, заболевания щитовидной и паращитовидной железы, пролактинома, подагра	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ
13. Заболевания крови и иммунной системы, в том числе: анемия, проблемы со свертываемостью крови, расстройства иммунной системы	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ
14. Инфекционные и/или венерические заболевания, в том числе: туберкулез, СПИД (включая носителей), постоянная лихорадка	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ
15. Злокачественные заболевания и/или опухолевый злокачественный рост, в том числе: предраковые опухоли, рак	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ
16. Заболевания опорно-двигательного аппарата, в том числе: заболевания позвоночника, заболевания костей, деформация костей таза, остеопороз	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ
17. Нарушения зрения и/или патологии уха, горла и носа, в том числе: кератоконус, ухудшение зрения ниже -7, катаракта, рецидивирующий отит, рецидивирующий синусит, полипы, воспаления миндалин, синдром ночного апноэ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ
18. Заболевания половых и/или репродуктивных органов, в том числе: образования в груди, менеструальное кровотечение, миомы матки, существующая беременность, бесплодие (также у мужчин), неопустившееся яичко, варикоцеле.	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ
19. Ревматизм и/или мультисистемные заболевания и/или расстройства, в том числе: ревматический артрит, ревматизм, артрит, волчанка	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ
20. Злоупотребление наркотическими средствами (в настоящее время или в прошлом).	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ
21. Злоупотребление алкоголем	Нет		Нет		Нет		Нет		Нет	
	Время от времени		Время от времени		Время от времени		Время от времени		Время от времени	
	До 2 стаканов в день		До 2 стаканов в день		До 2 стаканов в день		До 2 стаканов в день		До 2 стаканов в день	
	Более 2 стаканов в день		Более 2 стаканов в день		Более 2 стаканов в день		Более 2 стаканов в день		Более 2 стаканов в день	
22. Подвергались ли вы когда-либо и/или за последнее время воздействию химикатов и/или токсических веществ и/или газов, в том числе асбеста, разбавителей краски, бензола, винила, хлора, хрома, радона, пестицидов, кварцевой пыли, диоксинов, бериллия, никеля, радиации, в том числе ультрафиолетовому излучению, высокочастотному излучению, микроволновому излучению, воздействию электромагнитных полей линий электропередачи и т.п.	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ

Я, нижеподписавшийся, выражаю свое добровольное согласие на обработку моих персональных данных/персональных данных несовершеннолетнего Кандидата на страхование Страховщиком (в том числе на обработку данных о состоянии здоровья и/или сведений, содержащихся в заявлении о страховании и/или договоре страхования, включая прилагаемые к ним документы, а также данных, содержащихся в документах предоставляемых мной в связи с наступлением страховых случаев,) в целях заключения и дальнейшего сопровождения договора страхования, предоставления информации о страховых продуктах, в том числе при непосредственном контакте или с помощью средств связи, и в иных случаях, не запрещенных законодательством РФ.

Я, подписывая настоящее Заявление, согласен(а) на обработку Страховщиком **и уполномоченными им третьими лицами** сведений, указанных в настоящем Заявлении (а также иных персональных сведений, получаемых Страховщиком при исполнении Договора страхования), любыми способами, установленными законом, с целью исполнения Договора страхования, а также информирования меня о программах страхования, о сроке действия договора и иными целями. Срок использования и обработки персональных сведений устанавливается в течение срока договорных отношений, связанных со страхованием, и срока исковой давности. Я уведомлен (а) о том, что, могу отозвать свое согласие на обработку персональных данных в любое время путем направления в ОАО «АльфаСтрахование» письменного и подписанного уведомления. ОАО «АльфаСтрахование» обязуется в течение 3 (трех) рабочих дней после получения уведомления об отзыве согласия на обработку персональных данных прекратить их обработку, уничтожить и уведомить меня об уничтожении персональных данных.

Я подтверждаю, что получил согласие третьих лиц на передачу и обработку их персональных данных ОАО «АльфаСтрахование» в

Правила добровольного международного медицинского страхования

течение срока договорных отношений, связанных со страхованием, и срока исковой давности для целей формирования (разработки), заключения и исполнения договора страхования и оно получено в порядке, предусмотренном Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

Подписывая данное заявление, я также подтверждаю, что был (-а) ознакомлен (-а) с Правилами страхования добровольного международного медицинского страхования и полностью с ними согласен (-сна).

Место и дата подписи

Подпись / Расшифровка подписи

УВЕДОМЛЕНИЕ

В соответствии с Правилами добровольного международного медицинского страхования Страхователь /Застрахованный обязан незамедлительно, до обращения в медицинское учреждения (до получения медицинской помощи), сообщить Страховщику о постановке диагноза, в письменном виде, в соответствии с установленной Страховщиком настоящей формой, любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по факсу, по электронной почте, письмом и т.д.), после того, как ему стало известно о постановке диагноза, относящегося к страховому риску.

Настоящим уведомляем Вас о том, что «__» _____ 20__ г. в __: __

дата

время

Застрахованному (ФИО полностью):	
постановлен следующий диагноз:	(УКАЗАТЬ Установленный ДИАГНОЗ)
Произошедшее событие зарегистрировано (название медицинского учреждения, дата):	

Прошу организовать лечение в соответствии с Программой добровольного международного медицинского страхования.

Заявление на передачу конфиденциальных данных третьим лицам прилагаю.

**СТРАХОВАТЕЛЬ / ЗАСТРАХОВАННЫЙ / ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ЗАСТРАХОВАННОГО** (нужное подчеркнуть):

_____ «__» _____ 20__ г.
(подпись)

Приложение 4
к Правилам добровольного международного
медицинского страхования

Заявление на передачу персональных данных третьим лицам

Я,

_____ выражаю свое добровольное согласие на обработку моих персональных данных / персональных данных несовершеннолетнего Застрахованного Страховщиком (в том числе данные о состоянии здоровья и/или сведения, содержащиеся в заявлении о страховании и/или договоре страхования, включая прилагаемые к ним документы, а также данные, содержащиеся в документах, предоставляемых мной в связи с наступлением страховых случаев, необходимые для дальнейшего исполнения договора страхования) в целях дальнейшего сопровождения договора страхования, предоставления информации о страховых продуктах, в том числе при непосредственном контакте или с помощью средств связи, и в иных случаях, не запрещённых законодательством РФ.

Настоящее Согласие в том числе распространяется на передачу персональных данных третьим лицам, если это необходимо для исполнения Договора, и в иных случаях, установленных действующим законодательством, и действительно в течение 25 лет с даты заключения договора страхования, если иное не определено законодательством РФ.

**ЗАСТРАХОВАННЫЙ/ЗАКОННЫЙ
ПРЕДСТАВИТЕЛЬ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО
ЗАСТРАХОВАННОГО:**

_____ (Ф.И.О., подпись)

_____ (Ф.И.О., подпись)

_____ Дата

ДОГОВОР
международного медицинского страхования

№ _____ от _____ г.

город _____ «__» _____ 20__ г.

_____, именуемое в дальнейшем «Страховщик»,
(наименование страховой организации)
действующий на основании _____
(наименование документа)

в лице _____ с одной стороны, и _____
(Должность, Ф.И.О.) (наименование юридического лица,
индивидуального предпринимателя)

именуемый (ая) в дальнейшем «Страхователь», в лице _____, действующего (ей)
(Ф.И.О., должность)

на основании _____, с другой стороны, вместе именуемые
(наименование документа)

«Стороны», заключили Настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По Договору, в соответствии с Правилами международного медицинского страхования (Приложение № 1 к Договору), Страховщик обязуется при наступлении страхового случая организовывать оказание Застрахованному медицинских и иных услуг в медицинском и/или ином учреждении в течение срока действия Договора и оплачивать такие услуги непосредственно медицинскому и иному учреждению, а Страхователь обязуется уплатить установленную Договором страховую премию.

1.2. Застрахованным по настоящему Договору признается физическое лицо из числа сотрудников Страхователя и их родственников, в отношении которого заключен Договор и которое включено Страхователем в Список Застрахованных (далее Список), принятый Сторонами в качестве Приложения № 2 к Договору.

1.3. Страховым случаем являются расходы Застрахованного лица, которые оно произвело или должно будет произвести для организации и оказания медицинских и иных услуг, в объеме предусмотренном Программой добровольного международного медицинского страхования, в связи с впервые диагностированным в период действия договора страхования расстройством здоровья у Застрахованного лица, требующего организации и оказания плановой стационарной помощи

При этом расходы Застрахованного по оплате медицинских и иных услуг, связанных с постановкой диагноза, не организуются и не оплачиваются Страховщиком в рамках действия Договора добровольного международного медицинского страхования

1.4. Объем услуг, оказываемых Застрахованным, определяется выбранной Страхователем Программой, прилагаемой к Настоящему Договору и являющейся его неотъемлемой частью.

1.5. В соответствии с настоящим Договором Страховщик не возмещает расходы, возникшие в случаях, предусмотренных законодательством РФ, а так же в случаях:

1.5.1. получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также заболеваний, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими или токсическими веществами;

1.5.2. получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

1.5.3. умышленного причинения себе телесных повреждений, а также покушения на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

1.5.4. участия Застрахованного в военных действиях любого рода, гражданских волнениях, беспорядках, несанкционированных митингах и демонстрациях, если это не сопряжено с исполнением Застрахованным его служебных обязанностей;

1.5.5. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, которые не предусмотрены договором страхования и/или которые возникли вне периода действия договора страхования;

1.5.6. получения Застрахованным медицинских и иных услуг в медицинских и иных организациях, не предусмотренных в договоре страхования (Программе), и выбор которых не был согласован со Страховщиком;

1.5.7. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, не назначенных лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, а также приобретенных лекарственных средств или средств ухода за больным без медицинских показаний;

1.5.8. занятиями Застрахованного экстремальными видами спорта, сопряженными с повышенным риском для жизни и здоровья;

1.5.9. Страхователь предоставил неверные сведения о Застрахованном при заключении договора страхования;

1.5.10. установления факта передачи Застрахованным страхового Полиса другому лицу для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

1.6. Страховщик освобождается от оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования, в случаях предусмотренных законодательством РФ, а так же в случаях:

1.6.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

1.6.2. военных действий, а также маневров и иных военных мероприятий;

1.6.3. умысла Страхователя (Застрахованного);

1.6.4. в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ и Правилами страхования.

1.7. По настоящему Договору страхование вступает в силу по истечении _____ календарных дней с даты вступления договора в силу.

2. ЧИСЛЕННОСТЬ ЗАСТРАХОВАННЫХ

2.1. Численность Застрахованных определяется согласно Списку.

Общая численность Застрахованных на момент заключения Договора составляет ____ (____) человек.

2.2. Список с указанием следующих обязательных сведений о каждом включенном в него лице: фамилии, имени, отчества, даты рождения, пола, подробного адреса фактического места жительства, домашнего телефона, рабочего телефона, номера заграничного паспорта (при наличии), а также выбранная Программа, передается Страхователем Страховщику не позднее 10 (Десяти) рабочих дней до момента подписания Договора. Страхователь несет ответственность за достоверность предоставляемой информации.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВАТЕЛЯ, ЗАСТРАХОВАННОГО, СТРАХОВЩИКА

3.1. Страхователь имеет право:

3.1.1. Проверять соблюдение Страховщиком условий договора страхования.

3.1.2. Требовать предоставления Застрахованному оказания медицинских услуг, определенных в договоре страхования, в соответствии с условиями страхования и Программой.

В случае непредоставления таких медицинских услуг, несвоевременного, неполного или некачественного их предоставления Страхователь, Застрахованный или другие уполномоченные им лица должны немедленно поставить в известность об этом Страховщика.

3.1.3. Расширить перечень медицинских и иных услуг, гарантируемых по договору страхования, или повысить уровень страхового обеспечения, заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом дополнительную страховую премию. Дополнительное соглашение к договору страхования начинает действовать со дня уплаты дополнительной страховой премии (первого страхового взноса) если им не предусмотрено иное.

3.1.4. Застраховать с согласия Страховщика дополнительное количество лиц по действующему договору страхования, заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом дополнительную страховую премию, или прекратить действие договора страхования в отношении части Застрахованных лиц без их согласия, если иное не предусмотрено договором страхования.

3.2. Застрахованный имеет право:

3.2.1. Требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования.

3.2.2. Обращаться к Страховщику за разъяснениями по особенностям медицинского обеспечения, для получения медико-организационной помощи, а также при возникновении спорных ситуаций в связи с оказанием медицинской помощи.

3.2.3. Принять на себя обязанности Страхователя, а также приобрести все его права в случае смерти Страхователя - физического лица, ликвидации Страхователя - юридического лица в порядке, предусмотренном законодательством.

3.2.4. Получить дубликат страхового Полиса в случае его утраты.

3.3. Страховщик имеет право:

3.3.1. Проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем и Застрахованным требований договора страхования.

3.3.2. Отказать в оплате медицинских и иных услуг при обстоятельствах, предусмотренных настоящими Правилами или договором страхования.

3.3.3. Отсрочить решение вопроса об оплате медицинских услуг или отказа от оплаты в случае возбуждения уголовного дела в отношении Застрахованного по факту событий, приведших к травматическому повреждению или иному расстройству здоровья Застрахованного, до момента принятия соответствующего решения компетентными органами.

Если у Страховщика имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих установление диагноза, относящегося к страховому риску согласно п. 4.2. Правил добровольного международного медицинского страхования, страховая выплата может быть отсрочена до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов.

3.3.4. До принятия на страхование потребовать проведения любых дополнительных медицинских обследований принимаемого на страхование лица и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья.

3.4. Страхователь обязан:

3.4.1. Своевременно и в полном объеме уплачивать обусловленные договором страхования страховые взносы.

3.4.2. Предоставлять Страховщику необходимые для заключения договора страхования сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с действием договора страхования.

3.4.3. Обеспечить сохранность документов по договору страхования.

3.4.4. Немедленно сообщить Страховщику об изменении своих банковских реквизитов, места нахождения, номеров контактных телефонов и телефаксов, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного и его фактического места жительства, если иное не установлено в договоре страхования.

3.5. Застрахованный обязан:

3.5.1. Пройти предварительное медицинское освидетельствование, если это предусмотрено условиями договора страхования.

3.5.2. Соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением.

3.5.3. Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг.

Если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу страховой Полис с целью получения им медицинских услуг по договору страхования, Страховщик досрочно прекращает действие договора страхования в отношении такого Застрахованного. Возврат страховых взносов в этом случае не производится.

3.6. Страховщик обязан:

3.6.1. Ознакомить Страхователя с Правилами страхования.

3.6.2. В течение 10 календарных дней после уплаты страховой премии (первого страхового взноса) выдать страховой Полис Застрахованному с приложением Правил и Программы;

8.6.4. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным). Страховщик несет ответственность за разглашение сведений о договоре страхования, включая врачебную тайну, его работниками в соответствии с законодательством.

4. РАЗМЕР И ПОРЯДОК УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ

4.1. Общая страховая сумма по настоящему Договору, в пределах которой Страховщик обязуется по Договору оплачивать стоимость оказываемых медицинских и иных услуг, составляет: _____

4.1.1. По каждому Застрахованному по Программе:

- « _____ » - _____ (____);

- « _____ » - _____ (____);

- « _____ » - _____ (____).

4.2. Страховые суммы в отношении лиц, принимаемых на страхование в течение срока действия Договора, определяются в соответствии с п. 4.1 Договора.

4.3. Размер страховой премии за каждого Застрахованного в год страхования и численность Застрахованных по Программам составляют:

Программа Страхования	Кол-во чел.	Стоимость за одного Застрахованного за год страхования по Программам, в _____ (валюта расчетов)	Общий размер страховой премии за год страхования, в _____ (валюта расчетов)
ИТОГО:			

4.4. Размер общей страховой премии за всех Застрахованных на момент вступления

Договора в силу составляет _____ (____).

Страховая премия уплачивается (единовременно), (в рассрочку). Размер первого и каждого очередного страхового взноса по Договору рассчитывается, исходя из страховой премии, установленной за весь срок действия Договора за каждого Застрахованного по каждому Варианту Договора, пропорционально количеству дней того периода, за который уплачивается страховой взнос.

Форма оплаты безналичная. *Страховая премия НДС не облагается.*

1 страховой взнос за период с «__» ____ 20__ года по «__» ____ 20__ года (____ дня/ей) - в сумме _____ () рублей __ копейки - до ____ г.;

2 страховой взнос за период с «__» ____ 20__ года по «__» ____ 20__ года (____ дня/ей) - в сумме _____ () рублей __ копейки - до ____ г.;

3 страховой взнос за период с «__» ____ 20__ года по «__» ____ 20__ года (____ дня/ей) - в сумме _____ () рублей __ копейки - до ____ г.;

4 страховой взнос за период с «__» ____ 20__ года по «__» ____ 20__ года (____ дня/ей) - в сумме _____ () рублей __ копейки - до ____ г.

При изменении численности Застрахованных размер очередных страховых взносов соответственно изменяется.

4.5. Все Страховые суммы и страховая премия в Договоре указаны в-_____ (валюта расчетов). В случаях, предусмотренных законодательством РФ, доллары США применяются в настоящем Договоре исключительно как эквивалент для расчета размеров, причитающихся к оплате сумм в российских рублях. Все расчеты, производимые по настоящему Договору в рублях, осуществляются по курсу Центрального Банка РФ на дату платежа.

4.6. Размеры страховых премий по всем Программам не могут быть увеличены Страховщиком в отношении лиц, Застрахованных на момент заключения Договора, за исключением Застрахованных лиц, в отношении которых производится расширение действующей Программы страхования. Страховщик имеет право изменить размеры страховых премий, указанные в Договоре, только для вновь принимаемых на страхование лиц с уведомлением об этом Страхователя.

5. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

5.1. Страховая выплата осуществляется в пределах страховой суммы в виде оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного международного медицинского страхования, медицинским и иным организациям, оказавшим Застрахованному услуги, предусмотренные Договором и Программой страхования.

5.2. Страховщик производит оплату медицинских и иных услуг только по тем страховым случаям, которые предусмотрены Договором страхования, при предоставлении соответствующих документов.

5.3. Страховщик вправе не оплачивать часть стоимости лечения, которая превышает установленную Договором страховую сумму.

В случае если Страховщик произвел выплату страхового обеспечения, превышающую установленную договором страховую сумму, Страховщик извещает об этом Страхователя и выставляет ему счет на оплату такого превышения.

Страхователь обязан оплатить выставленный счет в течение 5 (пяти) дней с момента его получения. В случае просрочки в оплате счета Страхователь обязан уплатить Страховщику штрафную неустойку в размере, указанном в договоре страхования, за каждый день просрочки от суммы, следующей к оплате на основании предъявленной письменной претензии. При отсутствии такой письменной претензии требование об уплате штрафа считается не предъявленным и оплате не подлежит.

5.4. Для получения медицинских и иных услуг Застрахованный обращается к Страховщику в порядке, указанном в страховом Полисе (Договоре страхования).

5.5. Размер страховой выплаты равен стоимости медицинских и иных услуг, оплаченных в соответствии с Программой добровольного международного медицинского страхования, но не более страховой суммы, установленной Договором страхования.

6. ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ В СПИСКИ ЗАСТРАХОВАННЫХ

6.1. В течение срока действия Договора по инициативе Страхователя может быть изменена численность Застрахованных.

О включении, исключении, Застрахованного Страхователь извещает Страховщика письменно, по согласованной Сторонами форме, с указанием всех необходимых сведений, перечисленных в п.2.2 Договора, не менее чем за 10 (Десять) рабочих дней до предполагаемой даты изменений.

Включение, исключение, а также изменение сведений по Застрахованным осуществляется ____ раз (а) в месяц с ____ -го числа очередного календарного месяца.

Включение, исключение не осуществляется, если до конца срока действия Договора осталось менее 60 дней.

Вышеназванные изменения в Список Застрахованных вносятся путем заключения Сторонами Дополнительных соглашений к Договору.

Единицей расчета срока действия Договора в отношении Застрахованного лица устанавливается один календарный день.

6.2. Страховая премия за лиц, дополнительно принимаемых на страхование, рассчитывается пропорционально не истекшему периоду действия Договора, исходя из ее размера за год (п. 4.3 Договора).

6.2.1. Страховая премия за лиц, дополнительно принимаемых на страхование на срок менее 3-х месяцев до окончания срока действия Договора, устанавливается в размере 25% от годовой страховой премии (п. 4.3).

6.3. В случае расторжения Договора в отношении Застрахованного лица Страховщик производит возврат части страховой премии в соответствии с п. 8.2 настоящего Договора.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ТЕРРИТОРИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

7.1. Договор вступает в силу с «__» _____ 20__ года, но не ранее дня поступления страховой премии (первого страхового взноса) на счет Страховщика и действует до «__» _____ 20__ года.

7.2. Страхование вступает в силу по истечению определенного Сторонами срока с даты вступления Договора страхования в силу.

7.3. Действие Договора страхования распространяется на территории, предусмотренной в Программе.

8. УСЛОВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА.

8.1. Договор страхования прекращается в случаях:

- а) истечения срока его действия;
- б) исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме;
- в) смерти Страхователя/Застрахованного – физического лица (с момента смерти Страхователя/Застрахованного);
- г) ликвидации Страхователя – юридического лица (с даты ликвидации в порядке предусмотренном законодательством РФ), кроме случаев изменения наименования Страхователя в договоре страхования (полисе) при его реорганизации (слиянии, присоединении, разделении, выделении, преобразовании);
- д) ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

е) признания решением суда договора страхования недействительным;
ж) отказа Страхователя от договора страхования в соответствии с п. 5.7. Правил добровольного международного медицинского страхования.

8.2. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, об этом Страхователь обязан письменно уведомить Страховщика.

8.3. При досрочном отказе Страхователя (Выгодоприобретателя) от договора страхования оплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату.

8.4. Если договором страхования или соглашением к нему предусмотрена возможность возврата части страховой премии при расторжении договора страхования по инициативе Страхователя, то Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально сроку действия договора страхования и с учетом расходов Страховщика в размере ____ Не подлежит возврату остаток страховой премии по истечении 10-ти месяцев с начала действия договора страхования, и/или в случае, если по расторгаемому договору выплачено страховое возмещение или Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованными лицами) заявлен страховой случай, если договором страхования не предусмотрено иное

8.5. В случаях предусмотренных Правилами добровольного международного медицинского страхования, Договором страхования, действующим законодательством РФ Страховщик вправе потребовать досрочного расторжения договора страхования или признания его недействительным с возмещением убытков, причиненных расторжением договора или признания его недействительным, в соответствии с действующим законодательством РФ.

8.6. Стороны установили, что неуплата страховой премии, очередного страхового взноса Страхователем в установленный договором страхования срок является для сторон договора страхования выражением воли Страхователя на отказ от договора страхования. При этом договор страхования расторгается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания установленного Договором страхования срока уплаты страховой премии, очередного страхового взноса, которая не была уплачена полностью или частично.

9. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

9.1. Споры, возникающие при исполнении, неисполнении, либо ненадлежащем исполнении, изменении и расторжении договора разрешаются путем переговоров.

9.2. При невозможности устранения разногласий путем переговоров, споры разрешаются в судебном порядке по месту нахождения Страховщика или, в случае если спор вытекает из деятельности его обособленного подразделения, по месту нахождения такого обособленного подразделения с обязательным соблюдением процедуры досудебного (претензионного) урегулирования спора

В этих случаях сторона, право которой нарушено, до обращения в суд обязана предъявить другой стороне претензию с изложением своих требований.

9.3. Претензия должна быть подписана надлежащим уполномоченным лицом, и содержать требования заявителя, расчет суммы претензии, перечень прилагаемых к претензии документов.

Претензия высылается по почте заказным письмом с уведомлением о вручении. Датой получения претензии считается день ее передачи стороне, указанный в уведомлении о вручении заказного письма. Срок для ответа на претензию устанавливается 30 календарных дней со дня ее получения.

9.4. Ответ на претензию высылается по почте заказным письмом с уведомлением о вручении. В случае, если в указанный в претензии разумный срок претензионные требования не удовлетворены (полностью или частично), сторона, право которой нарушено, вправе обратиться с исковым заявлением в суд в соответствии с правилами о подсудности, установленными действующим законодательством РФ.

10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ И ОГОВОРКИ

10.1. После подписания настоящего Договора все предварительные документы по нему - переписка, предварительные соглашения, протоколы о намерениях и иные подобные документы - теряют юридическую силу.

10.2. Страховщик несет ответственность по возмещению убытков, понесенных Страхователем и Застрахованными, вследствие ненадлежащего исполнения обязательств, принятых на себя по Договору.

10.3. Все изменения и дополнения к Договору оформляются путем заключения Сторонами Дополнительного соглашения к Договору, являющегося его неотъемлемой частью.

10.4. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу (один экземпляр - для Страхователя, один экземпляр - для Страховщика).

11. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

СТРАХОВЩИК:

СТРАХОВАТЕЛЬ:

_____ (Полное наименование организации)

Адрес: _____

ИНН _____ КПП _____

р/с _____ (Наименование Банка)

к/с _____, БИК _____

телефон/факс _____

СТРАХОВЩИК:

_____ (Ф.И.О.)

СТРАХОВАТЕЛЬ:

_____ (Ф.И.О.)

1. Базовые страховые тарифы
по добровольному международному медицинскому страхованию
(при сроке страхования 1 год)
(в процентах от страховой суммы)

Таблица №1

Наименование программы	Тарифная ставка, в % от страховой суммы
AlfaUltraCare: Уровень Серебряный	0,2476
AlfaUltraCare: Уровень Золотой	0,2899
AlfaSynopsis: Уровень Серебряный	0,3861
AlfaSynopsis: Уровень Золотой	0,3537

Страховщик имеет право применять к настоящим тарифным ставкам понижающие от 0,10 до 0,99 и повышающие от 1,01 до 10,00 коэффициенты в зависимости от различных обстоятельств, влияющих на степень риска.