Приложение № 1
к Приказу № 5
от «19» января 2022 г.

Условия страхования при заключении Договоров (Полисов) страхования на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед»

Условия страхования при заключении Договоров (Полисов) страхования на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» (далее - Условия страхования) разработаны в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования (далее – Правила) в действующей редакции в рамках Программ добровольного медицинского страхования:

1. «НС»,
2. «Антиклещ»,
3. «Антиклещ ОПТИМА»,
4. «ГЛПС»,
5. «ДМС при ДТП»,
6. «Комплекс «Здоровье»,
7. «Комплекс «Здоровье ОПТИМА»,
8. «Антигрипп»,
9. «Антигрипп Плюс»,
10. «Антигрипп PRO»,
11. «Антивирус»,
12. «Антивирус 2.0.»,
13. «Мобильный доктор»,
14. «Мобильный доктор ПЛЮС»,
15. «ИНТЕРПОЛИС»,
16. «ИНТЕРПОЛИС ПЛЮС»,
17. «Полис Студенческий»,
18. «Полис Студенческий ПЛЮС»,
19. «ОНКОСТОП»,
20. «ОНКОСТОП I»,
21. «Полис Путешественника».

I. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Страховщик – страховая организация Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «АК БАРС - Мед», созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страховой деятельности и получившая в установленном Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации» порядке лицензию на осуществление страховой деятельности на территории Российской Федерации.

Страхователи – дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком Договор добровольного медицинского страхования (именуемый в дальнейшем – Договор (Полис) страхования).

Застрахованный – указанное в Договоре (Полисе) страхования физическое лицо, в пользу которого Страхователем заключен Договор (Полис) страхования

Страховая премия (взнос) – плата за добровольное медицинское страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором (Полисом) страхования. Страховой взнос – часть Страховой премии при ее уплате в рассрочку.

Страховой тариф – ставка Страховой премии с единицы Страховой суммы с учетом объекта страхования и характера Страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия Франшизы и ее размера.

Страховая сумма – определенная Договором (Полисом) страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить Страховую выплату.

Франшиза – определенная часть убытков Страхователя, не подлежащая возмещению Страховщиком в соответствии с условиями Договора (Полиса) страхования. Франшиза может быть условной и безусловной (устанавливается в процентах от Страховой суммы, либо как абсолютная величина – в денежном выражении).

При условной Франшизе Страховщик освобождается от ответственности за убыток, если его размер не превышает размера Франшизы, и убыток подлежит возмещению полностью, если его размер превышает Франшизу.

При безусловной Франшизе ответственность Страховщика определяется размером убытка за минусом размера Франшизы.

Временная Франшиза предполагает исключение из страхового покрытия конкретного периода времени.

Выжидательный период – срок, установленный в Договоре (Полисе) страхования, между датой уплаты Страховой премии и датой начала срока страхования, по истечении которого событие, предусмотренное Договором (Полисом) страхования может быть рассмотрено в качестве Страхового случая.

Договор добровольного медицинского страхования (договор (Полис) страхования) – соглашение между Страхователем и Страховщиком, согласно которому Страховщик принимает на себя обязательства по финансированию и организации Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг Страхователю/Застрахованному при наступлении Страхового случая. Договор (Полис) страхования может быть составлен как с обязательными подписями сторон (Страхователя и Страховщика), так и с оговоренными условиями Договора (Полиса) страхования аналогам подписей (цифровая подпись, факсимиле и др.)/

Дата заключения Договора (Полиса) страхования – дата выдачи Договора (Полиса) страхования или дата оформления Договора (Полиса) страхования на сайте Страховщика.

При принятии Страхователем Оферты Страховщика датой заключения Договора (Полиса) страхования является дата уплаты Страховой премии.

Условиями страхования может быть специально оговорен иной срок Даты заключения Договора (Полиса) страхования для отдельных Программ добровольного медицинского страхования.

Оферта Страховщика – предложение Страховщика заключить Договор (Полис) страхования. Акцептом (принятием) Оферты Страховщика на предложенных условиях считается уплата Страховой премии (Приложение № 1 к настоящим Условиям страхования).

Страховой риск – совокупность предполагаемых событий, на случай наступления которых проводится добровольное медицинское страхование и которые могут быть признаны Страховым случаем.

Страховой случай – совершившееся документально подтвержденное событие из числа Страховых рисков предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования к Договору (Полису) страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести Страховую выплату.

Страховая выплата (выплата страхового возмещения) – денежная сумма, которую Страховщик в соответствии с Договором (Полисом) страхования обязан выплатить при наступлении Страхового случая.

Медицинские организации – находящиеся как на территории Российской Федерации, так и на территории иностранных государств лечебно-профилактические медицинские организации, научно-исследовательские и медицинские институты, другие организации, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно, имеющие соответствующие лицензии и оказывающие Медицинскую помощь и/или осуществляющие медицинскую деятельность в соответствии с законодательством страны нахождения Медицинской организации.

Аптечные организации – юридические лица любой организационно-правовой формы (аптеки, аптечные пункты, аптечные магазины, аптечные киоски, в том числе в составе медицинских организаций), а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие

фармацевтическую деятельность (розничную торговлю лекарственными препаратами, хранение, перевозку, изготовление и отпуск лекарственных препаратов) в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации и имеющие лицензию на право осуществления фармацевтической деятельности.

Иные организации – сервисные или ассистанские компании и организации, в том числе зарубежные, заключившие со Страховщиком договоры на предоставление услуг ассистанса.

Ассистанс – услуги, связанные с оказанием и/или организацией оказания медицинской помощи, в том числе оказание услуг по репатриации и другие.

Медицинская помощь (медицинская услуга) – мероприятие или комплекс мероприятий, непосредственно направленных на профилактику, диагностику и лечение Заболевания, имеющих определенную цену. Медицинская помощь может быть консультативной, диагностической, лечебной, реабилитационно-восстановительной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической.

Телемедицинские консультации - передача медицинской информации по электронным каналам связи.

Иные услуги – услуги, непосредственно связанные с оказанием или организацией оказания Медицинской помощи, имеющие определенную цену. К Иным услугам относятся в частности: организационно-технические и санитарно-противоэпидемические мероприятия; услуги медицинского сервиса, включая услуги по обеспечению комфортного пребывания в Медицинской организации (палата улучшенной комфортности, дополнительное питание и др.); питание и проживание (нахождение) во время стационарного лечения, реабилитационно-восстановительного лечения в стационарных, в т.ч. санаторно-курортных условиях, если оно не входит в стоимость Медицинской помощи (стоимость койко-дня); оформление Медицинской и Иной организацией различной документации, связанной с оказанием Медицинской помощи; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания Медицинской помощи; другие услуги, оказываемые Медицинскими и Иными организациями Застрахованному лицу в ходе получения им Медицинской помощи.

Медико-транспортные услуги – услуги, связанные с транспортировкой адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством в Медицинскую организацию и/или из Медицинской организации до места постоянного проживания Застрахованного, с учетом состояния здоровья Застрахованного (в сопровождении медицинского персонала - при наличии медицинских показаний).

Услуги по репатриации – услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного либо его тела, в случае смерти Застрахованного, транспортным средством в иной населенный пункт, страну:

если Застрахованный является иностранным гражданином – до транспортного узла прямого международного сообщения, ближайшего к месту постоянной регистрации Застрахованного, от места пребывания Застрахованного на территории Российской Федерации;

если Застрахованный является гражданином Российской Федерации – из страны пребывания до ближайшей к месту постоянного проживания или гражданства Застрахованного Медицинской организации или до ближайшего транспортного узла прямого международного сообщения (областного/республиканского административного центра).

Лекарственные препараты - лекарственные средства в виде лекарственных форм, применяемые для диагностики, лечения, реабилитации и профилактики Заболеваний, имеющие определенную цену;

Заболевание (болезнь) – возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.

Программа добровольного медицинского страхования включает: виды, формы, объем и условия предоставления Медицинской помощи Застрахованным.

Официальный сайт Страховщика сайт страховой организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» **(www.акбарсмед.рф)**, содержащий информацию о деятельности страховой организации, указанной в Едином государственном реестре субъектов страхового дела.

Личный кабинет Страхователя - страница на Официальном сайте Страховщика с функцией внесения информации и документов Страхователя.

Личный кабинет Застрахованного - страница на Официальном сайте Страховщика с персональной информацией Застрахованного, в том числе в Мобильном Приложении Страховщика.

Мобильное Приложение Страховщика – программный продукт Страховщика с функциями Личного кабинета Застрахованного, размещенный в сети Интернет на платформе Google Play и App store.

Доверенность - письменное уполномочие, выдаваемое одним лицом другому лицу или другим лицам для представительства перед Страховщиком.

II. ОБЩИЕ УСЛОВИЯ

1. Программа добровольного медицинского страхования «НС»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в случаях переломов конечностей, костей черепа, повреждения связок суставов, а также ушибов и сотрясения головного мозга в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «НС»:

1.1. консультации врача-травматолога;

1.2. рентгенография суставов и конечностей (по медицинским показаниям);

1.3. наложение иммобилизирующей повязки (не ранее 7 (Семи) дней после получения травмы) из синтетического полиуретанового бинта (полимерный гипс);

1.4. снятие иммобилизирующей повязки, из синтетического полиуретанового бинта (полимерный гипс);

1.5. ультразвуковое исследование (УЗИ) суставов (по медицинским показаниям);

1.6. КТ или МРТ головы (по медицинским показаниям) – однократно в течение срока действия Договора (Полиса) страхования.

Для получения Медицинской помощи необходимо предоставить документы, подтверждающие факт получения травмы (справка из травмпункта, выписка из амбулаторной карты или истории болезни), а также рекомендацию лечащего врача о необходимости ультразвукового исследования или одного из видов томографии, в связи с полученной травмой.

II. Программой добровольного медицинского страхования «НС» предусмотрено возмещение расходов на приобретение синтетического полиуретанового бинта (полимерного гипса).

Страховщик осуществляет Выплату страхового возмещения документально подтвержденных расходов Застрахованному/Страхователю либо его законному представителю, либо лицу, действующему по доверенности.

Для получения Выплаты страхового возмещения необходимо предоставить Страховщику следующие документы:

- заявление на возмещение понесенных расходов;
- копия паспорта/документа, удостоверяющего личность;
- копия Договора (Полиса) страхования;
- выписка из медицинской документации (справка из травмпункта, выписка из амбулаторной карты или истории болезни), подтверждающая факт получения травмы, содержащая: диагноз заболевания, код диагноза по МКБ-10, необходимое количество

синтетического полиуретанового бинта (полимерного гипса), подписанная лечащим врачом, заверенная его личной печатью и печатью Медицинской организации;

- платежные документы, удостоверяющие факт оплаты синтетического полиуретанового бинта (полимерного гипса), подтвержденные по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен на Интернет-ресурсе https://kkt-online.nalog.ru/);

- в случае обращения законного представителя либо лица действующего по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

III. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «НС»:

3.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

3.2. Медицинская помощь, не связанная с лечением травм, перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «НС».

3.3. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не согласованную Страховщиком.

3.4. Обращение к Страховщику за получением возмещения стоимости синтетического полиуретанового бинта (полимерного гипса) для лечения иного лица, чем Застрахованный.

3.5. Обращение к Страховщику за получением возмещения стоимости синтетического полиуретанового бинта (полимерного гипса), в случае отсутствия документов, перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «НС».

3.6. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «НС» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

2. Программа добровольного медицинского страхования «Антиклещ»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в случаях укуса клеща, острого инфекционного заболевания, передающегося иксодовыми клещами (клещевой энцефалит, клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), клещевые риккетсиозы: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз) в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую и/или стационарную помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ»:

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь:

1.1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников (по медицинским показаниям).

1.1.2. Мероприятия по удалению клеща в асептических условиях.

1.1.3. Введение противоклещевого иммуноглобулина или иного аналогичного Лекарственного препарата (в течение 96 часов после укуса клеща) (по медицинским показаниям).

1.1.4. Лабораторное исследование клеща с выявлением возбудителей: клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза (болезнь Лайма), клещевых риккетсиозов (гранулоцитарного анаплазмоза, моноцитарного эрлихиоза) (при условии, что клещ не поврежден и не обработан бытовыми средствами).

1.2. Стационарная помощь:

1.2.1. Лечение в специализированном отделении, с медикаментозным обеспечением сверх видов и объемов, входящих в программу обязательного медицинского страхования (в случае заболевания клещевым энцефалитом, клещевым боррелиозом (болезнь Лайма), клещевыми риккетсиозами: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз).

II. Программой добровольного медицинского страхования «Антиклещ» предусмотрено возмещение расходов за полученные Медицинские услуги, указанные в п. 1.1. Раздела I Программы.

Страховщик осуществляет Выплату страхового возмещения документально подтвержденных расходов Застрахованному/Страхователю либо его законному представителю, либо лицу, действующему по доверенности.

Для получения Выплаты страхового возмещения необходимо предоставить Страховщику следующие документы:

- заявление на возмещение понесенных расходов;
- копия паспорта/документа, удостоверяющего личность;
- копия Договора (Полиса) страхования;
- выписка из медицинской документации, подписанная лечащим врачом, заверенная его личной печатью и печатью Медицинской организации, содержащая: диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения, с описанием схемы лечения заболевания.
- платежные документы, удостоверяющие факт оплаты полученной Медицинской помощи, указанной в п. 1.1. Раздела I Программы добровольного медицинского страхования «Антиклещ» и подтвержденные по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен в Интернет-ресурсе https://kkt-online.nalog.ru/);
- в случае обращения законного представителя либо лица по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

III. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ»:

3.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

3.2. Медицинские услуги, не перечисленные в Программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ».

3.3. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не согласованную со Страховщиком.

3.4. Заболевания центральной нервной системы, вызванные другими вирусными инфекциями.

3.5. Гнойно-септические осложнения, связанные с удалением клеща вне Медицинской организации.

3.6. Заболевания, относящиеся к клещевым инфекциям, но диагностированные или перенесенные до вступления Договора (Полиса) страхования в силу.

3.7. Обращение к Страховщику за возмещением стоимости полученной Медицинской помощи, указанной в п. 1.1. Раздела I Программы добровольного медицинского страхования «Антиклещ», связанной с лечением иного лица, чем Застрахованный.

3.8. Обращение к Страховщику за возмещением стоимости полученной Медицинской помощи, указанной в п. 1.1. Раздела I Программы добровольного медицинского страхования «Антиклещ», в случае отсутствия документов, перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ».

3.9. Стационарное лечение в случае, если Застрахованному не была проведена или Застрахованный отказался от проведения своевременной специфической иммунопрофилактики противоклещевым иммуноглобулином или иным аналогичным Лекарственным препаратом и/или курса медикаментозной профилактики (за исключением случаев наличия медицинских противопоказаний, зафиксированных врачом-специалистом в медицинской документации).

3.10. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

3. Программа добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в случаях укуса клеща, острого инфекционного заболевания, передающегося иксодовыми клещами

(клещевой энцефалит, клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), клещевые риккетсиозы: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз) в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую и/или стационарную помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА»:

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь:

1.1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников (по медицинским показаниям).

1.1.2. Мероприятия по удалению клеща в асептических условиях.

1.1.3. Введение противоклещевого иммуноглобулина или иного аналогичного Лекарственного препарата (в течение 96 часов после укуса клеща) (по медицинским показаниям).

1.1.4. Лабораторное исследование клеща с выявлением возбудителей: клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза (болезнь Лайма), клещевых риккетсиозов (гранулоцитарного анаплазмоза, моноцитарного эрлихиоза) (при условии, что клещ не поврежден и не обработан бытовыми средствами).

1.1.5. Антибактериальные препараты, назначенные лечащим врачом в целях экстренной медикаментозной профилактики острых инфекционных заболеваний, передающимися иксодовыми клещами.

1.1.6. Однократное ПЦР-исследование крови (в первые дни заболевания до начала лечения антибактериальными препаратами) (по медицинским показаниям).

1.1.7. Однократное серологическое исследование крови (РНИФ и ИФА) на 7-25 день после укуса клеща (по медицинским показаниям).

1.2. Стационарная помощь:

1.2.1. Лечение в специализированном отделении, с медикаментозным обеспечением сверх видов и объемов, входящих в программу обязательного медицинского страхования (в случае заболевания клещевым энцефалитом, клещевым боррелиозом (болезнь Лайма), клещевыми риккетсиозами: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз).

II. Программой добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА» предусмотрено возмещение расходов за полученные Медицинские услуги, указанные в п. 1.1. Раздела I Программы.

Страховщик осуществляет Выплату страхового возмещения документально подтвержденных расходов Застрахованному/Страхователю либо его законному представителю, либо лицу, действующему по доверенности.

Для получения Выплаты страхового возмещения необходимо предоставить Страховщику следующие документы:

- заявление на возмещение понесенных расходов;
- копия паспорта/документа, удостоверяющего личность;
- копия Договора (Полиса) страхования;
- выписка из медицинской документации, подписанная лечащим врачом, заверенная его личной печатью и печатью Медицинской организации, содержащая: диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения, с описанием схемы лечения заболевания и назначенных Лекарственных препаратов.
- платежные документы, удостоверяющие факт оплаты полученной Медицинской помощи, указанной в п. 1.1. Раздела I Программы добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА» и подтвержденные по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен в Интернет-ресурсе https://kkt-online.nalog.ru/);
- в случае обращения законного представителя либо лица по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

III. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА»:

3.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

3.2. Медицинские услуги, не перечисленные в Программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА».

3.3. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не согласованную со Страховщиком.

3.4. Заболевания центральной нервной системы, вызванные другими вирусными инфекциями.

3.5. Заболевания клещевыми инфекциями, лечение которых проведено с нарушением медицинских стандартов.

3.6. Гнойно-септические осложнения, связанные с удалением клеща вне Медицинской организации, предусмотренной Договором (Полисом) страхования или не согласованной со Страховщиком.

3.7. Заболевания, относящиеся к клещевым инфекциям, но диагностированные или перенесенные до вступления Договора (Полиса) страхования в силу.

3.8. Обращение к Страховщику за возмещением стоимости полученной Медицинской помощи, указанной в п. 1.1. Раздела I Программы добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА», связанной с лечением иного лица, чем Застрахованный.

3.9. Обращение к Страховщику за возмещением стоимости полученной Медицинской помощи, указанной в п. 1.1. Раздела I Программы добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА», в случае отсутствия документов, перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА».

3.10. Стационарное лечение в случае, если Застрахованному не была проведена или Застрахованный отказался от проведения своевременной специфической иммунопрофилактики противоклещевым иммуноглобулином или иным аналогичным Лекарственным препаратом и/или курса медикаментозной профилактики (за исключением случаев наличия медицинских противопоказаний, зафиксированных врачом-специалистом в медицинской документации).

3.11. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

4. Программа добровольного медицинского страхования «ГЛПС»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, при заболевании геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС) в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую и/или стационарную помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «ГЛПС»:

1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников (по медицинским показаниям).

1.2. Лабораторные и инструментальные исследования, включая выявление в крови антител к хантавирусу.

1.3. Лечение с медикаментозным обеспечением в специализированном отделении сверх видов и объемов, входящих в программу обязательного медицинского страхования.

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «ГЛПС»:

2.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

2.2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не согласованную со Страховщиком.

2.3. Обращение за медицинской помощью по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «ГЛПС» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

5. Программа добровольного медицинского страхования «ДМС при ДТП»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в случае нарушения здоровья вследствие дорожно-транспортного происшествия (ДТП) в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую, стационарную, стоматологическую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «ДМС при ДТП».

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь:

1.1.1. Приемы и консультации врачей (в т.ч. процедуры и оперативные вмешательства, не требующие госпитализации и проводимые под местной анестезией) следующих специалистов:

- гастроэнтерология;
- гинекология;
- дерматовенерология;
- кардиология;
- кардиохирургия;
- колопроктология;
- мануальная терапия;
- неврология;
- нефрология;
- отоларингология;
- офтальмология;
- педиатрия;
- пульмонология;
- рефлексотерапия;
- сосудистая хирургия;
- терапия;
- торакальная хирургия;
- травматология и ортопедия;
- урология;
- физиотерапия;
- хирургия;
- эндокринология;
- эндоскопия.

1.1.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- бактериологические;
- биохимические;
- клинические;
- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации).

1.1.3. Инструментальные методы лечения и обследования (по медицинским показаниям):

- лучевые;
- тепловизионные;
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

1.1.4. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):
- иглорефлексотерапия;
- классический лечебный массаж;
- лечебная физкультура;
- мануальная терапия;
- традиционные методы лечения и диагностики;
- физиотерапевтические методы лечение.

1.2. Стационарная помощь:

1.2.1. Экстренная и плановая госпитализация (при наличии показаний) для стационарного обследования и/или консервативного и/или оперативного лечения в следующих отделениях:
- анестезиология и реанимация;
- гастроэнтерологическое;
- гинекологическое;
- гнойная хирургия;
- дерматовенерологическое;
- кардиологическое;
- неврологическое;
- нейрохирургия;
- нефрологическое;
- отоларингологическое;
- офтальмологическое;
- педиатрическое;
- проктологическое;
- пульмонологическое;
- реанимации – интенсивной терапии;
- сосудистой хирургии;
- терапевтическое;
- торакальная хирургия;
- травматологии и ортопедии;
- урологическое;
- физиотерапевтическое;
- хирургическое;
- челюстно-лицевая хирургия;
- эндоскопическое.

1.2.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):
- бактериологические;
- биохимические;
- клинические;
- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации).

1.2.3. Инструментальные методы лечения и исследования (по медицинским показаниям):
- лучевые;
- тепловизионные;
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

1.2.4. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):
- гирудотерапия;
- иглорефлексотерапия;
- классический лечебный массаж;
- лечебная физкультура;

- мануальная терапия;
- традиционные методы лечения и диагностики;
- физиотерапевтические методы лечение.

1.3. Стоматологическая помощь:

1.3.1. Приемы, консультации врачей-стоматологов (терапевта, хирурга, ортопеда);

1.3.2. Рентгенологические исследования;

1.3.3. Анестезия (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая);

1.3.4. Удаление зубов простое и сложное (за исключением ретинированных, дистопированных и сверхкомплектных зубов);

- шинирование;
- зубопротезирование, включая подготовку к нему;
- восстановление коронки зуба с помощью штифта;
- имплантация зубов.

Для получения Медицинской помощи необходимо предоставить Справку установленной формы о дорожно-транспортном происшествии с указанием пострадавших для подтверждения факта наступления страхового события - нарушения здоровья вследствие ДТП. Страховщик вправе запросить дополнительно следующие документы: справка Медицинской организации, направление лечащего врача или справка/выписка с рекомендацией врача о необходимости оказания медицинских услуг, обусловленных нарушением здоровья вследствие ДТП; выписка из амбулаторной карты или истории болезни.

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «ДМС при ДТП»:

2.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

2.2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не согласованную со Страховщиком.

2.3. Обращение Застрахованного за Медицинской помощью позднее одного месяца после даты ДТП или окончания курса стационарного/амбулаторного лечения вследствие ДТП.

2.4. Обращение за Медицинской помощью по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

2.5. Обращение за Медицинской помощью, не связанной с лечением заболеваний, являющихся следствием ДТП.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «ДМС при ДТП» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

6. Программа добровольного медицинского «Комплекс «Здоровье»

Программа добровольного медицинского страхования «Комплекс «Здоровье» включает услуги, определенные в Программах добровольного медицинского страхования «НС», «Антиклещ», «ГЛПС», «ДМС при ДТП».

В соответствии с Программой добровольного медицинского страхования «Комплекс «Здоровье» в объем страхового покрытия включаются следующие страховые риски:

- переломы конечностей, костей черепа, повреждения связок суставов, ушибы и сотрясения головного мозга (Программа добровольного медицинского страхования «НС»);
- укус клеща, острые инфекционные заболевания, передающиеся иксодовыми клещами (клещевой энцефалит, клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), клещевые риккетсиозы: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз) (Программа добровольного медицинского страхования «Антиклещ»);
- нарушения здоровья вследствие дорожно-транспортного происшествия (ДТП) (Программа добровольного медицинского страхования «ДМС при ДТП»);
- заболевание геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС) (Программа добровольного медицинского страхования «ГЛПС»).

Программа добровольного медицинского страхования «НС»:

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в случаях переломов конечностей, костей черепа, повреждения связок суставов, а также ушибов и сотрясения головного мозга в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «НС»:

1.1. консультации врача-травматолога;

1.2. рентгенография суставов и конечностей (по медицинским показаниям);

1.3. наложение иммобилизирующей повязки (не ранее 7 (Семи) дней после получения травмы) из синтетического полиуретанового бинта (полимерный гипс);

1.4. снятие иммобилизирующей повязки, из синтетического полиуретанового бинта (полимерный гипс);

1.5. ультразвуковое исследование (УЗИ) суставов (по медицинским показаниям);

1.6. КТ или МРТ головы (по медицинским показаниям) – однократно в течение срока действия Договора (Полиса) страхования.

Для получения Медицинской помощи необходимо предоставить документы, подтверждающие факт получения травмы (справка из травмпункта, выписка из амбулаторной карты или истории болезни), а также рекомендацию лечащего врача о необходимости ультразвукового исследования или одного из видов томографии, в связи с полученной травмой.

II. Программой добровольного медицинского страхования «НС» предусмотрено возмещение расходов на приобретение синтетического полиуретанового бинта (полимерного гипса).

Страховщик осуществляет Выплату страхового возмещения документально подтвержденных расходов Застрахованному/Страхователю либо его законному представителю, либо лицу, действующему по доверенности.

Для получения Выплаты страхового возмещения необходимо предоставить Страховщику следующие документы:

- заявление на возмещение понесенных расходов;
- копия паспорта/документа, удостоверяющего личность;
- копия Договора (Полиса) страхования;
- выписка из медицинской документации (справка из травмпункта, выписка из амбулаторной карты или истории болезни), подтверждающая факт получения травмы, содержащая: диагноз заболевания, код диагноза по МКБ-10, необходимое количество синтетического полиуретанового бинта (полимерного гипса), подписанная лечащим врачом, заверенная его личной печатью и печатью Медицинской организации;
- платежные документы, удостоверяющие факт оплаты синтетического полиуретанового бинта (полимерного гипса), подтвержденные по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен на Интернет-ресурсе https://kkt-online.nalog.ru/);
- в случае обращения законного представителя либо лица действующего по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

III. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «НС»:

3.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

3.2. Медицинская помощь, не связанная с лечением травм, перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «НС».

3.3. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не согласованную Страховщиком.

3.4. Обращение к Страховщику за получением возмещения стоимости синтетического полиуретанового бинта (полимерного гипса) для лечения иного лица, чем Застрахованный.

3.5. Обращение к Страховщику за получением возмещения стоимости синтетического полиуретанового бинта (полимерного гипса), в случае отсутствия документов, перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «НС».

3.6. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

Программа добровольного медицинского страхования «Антиклещ»:

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в случаях укуса клеща, острого инфекционного заболевания, передающегося иксодовыми клещами (клещевой энцефалит, клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), клещевые риккетсиозы: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз) в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую и/или стационарную помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ»:

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь:

1.1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников (по медицинским показаниям).

1.1.2. Мероприятия по удалению клеща в асептических условиях.

1.1.3. Введение противоклещевого иммуноглобулина или иного аналогичного Лекарственного препарата (в течение 96 часов после укуса клеща) (по медицинским показаниям).

1.1.4. Лабораторное исследование клеща с выявлением возбудителей: клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза (болезнь Лайма), клещевых риккетсиозов (гранулоцитарного анаплазмоза, моноцитарного эрлихиоза) (при условии, что клещ не поврежден и не обработан бытовыми средствами).

1.2. Стационарная помощь:

1.2.1. Лечение в специализированном отделении, с медикаментозным обеспечением сверх видов и объемов, входящих в программу обязательного медицинского страхования (в случае заболевания клещевым энцефалитом, клещевым боррелиозом (болезнь Лайма), клещевыми риккетсиозами: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз).

II. Программой добровольного медицинского страхования «Антиклещ» предусмотрено возмещение расходов за полученные Медицинские услуги, указанные в п. 1.1. Раздела I Программы.

Страховщик осуществляет Выплату страхового возмещения документально подтвержденных расходов Застрахованному/Страхователю либо его законному представителю, либо лицу, действующему по доверенности.

Для получения Выплаты страхового возмещения необходимо предоставить Страховщику следующие документы:

- заявление на возмещение понесенных расходов;
- копия паспорта/документа, удостоверяющего личность;
- копия Договора (Полиса) страхования;
- выписка из медицинской документации, подписанная лечащим врачом, заверенная его личной печатью и печатью Медицинской организации, содержащая: диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения, с описанием схемы лечения заболевания.
- платежные документы, удостоверяющие факт оплаты полученной Медицинской помощи, указанной в п. 1.1. Раздела I Программы добровольного медицинского страхования «Антиклещ» и подтвержденные по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен в Интернет-ресурсе https://kkt-online.nalog.ru/);
- в случае обращения законного представителя либо лица по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

III. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ»:

3.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

3.2. Медицинские услуги, не перечисленные в Программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ».

3.3. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не согласованную со Страховщиком.

3.4. Заболевания центральной нервной системы, вызванные другими вирусными инфекциями.

3.5. Гнойно-септические осложнения, связанные с удалением клеща вне Медицинской организации.

3.6. Заболевания, относящиеся к клещевым инфекциям, но диагностированные или перенесенные до вступления Договора (Полиса) страхования в силу.

3.7. Обращение к Страховщику за возмещением стоимости полученной Медицинской помощи, указанной в п. 1.1. Раздела I Программы добровольного медицинского страхования «Антиклещ», связанной с лечением иного лица, чем Застрахованный.

3.8. Обращение к Страховщику за возмещением стоимости полученной Медицинской помощи, указанной в п. 1.1. Раздела I Программы добровольного медицинского страхования «Антиклещ», в случае отсутствия документов, перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ».

3.9. Стационарное лечение в случае, если Застрахованному не была проведена или Застрахованный отказался от проведения своевременной специфической иммунопрофилактики противоклещевым иммуноглобулином или иным аналогичным Лекарственным препаратом и/или курса медикаментозной профилактики (за исключением случаев наличия медицинских противопоказаний, зафиксированных врачом-специалистом в медицинской документации).

3.10. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

Программа добровольного медицинского страхования «ГЛПС»:

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, при заболевании геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС) в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую и/или стационарную помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия.

I.Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «ГЛПС»:

1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников (по медицинским показаниям).

1.2. Лабораторные и инструментальные исследования, включая выявление в крови антител к хантавирусу.

1.3. Лечение с медикаментозным обеспечением в специализированном отделении сверх видов и объемов, входящих в программу обязательного медицинского страхования.

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «ГЛПС»:

2.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

2.2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не согласованную со Страховщиком.

2.3. Обращение за медицинской помощью по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

Программа добровольного медицинского страхования «ДМС при ДТП»:

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в случае нарушения здоровья вследствие дорожно-транспортного происшествия (ДТП) в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую, стационарную, стоматологическую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия.

I.Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «ДМС при ДТП».

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь:

1.1.1. Приемы и консультации врачей (в т.ч. процедуры и оперативные вмешательства, не требующие госпитализации и проводимые под местной анестезией) следующих специалистов:

- гастроэнтерология;
- гинекология;
- дерматовенерология;
- кардиология;
- кардиохирургия;
- колопроктология;
- мануальная терапия;
- неврология;
- нефрология;
- отоларингология;
- офтальмология;
- педиатрия;
- пульмонология;
- рефлексотерапия;
- сосудистая хирургия;
- терапия;
- торакальная хирургия;
- травматология и ортопедия;
- урология;
- физиотерапия;
- хирургия;
- эндокринология;
- эндоскопия.

1.1.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- бактериологические;
- биохимические;
- клинические;
- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации).

1.1.3. Инструментальные методы лечения и обследования (по медицинским показаниям):

- лучевые;
- тепловизионные;
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

1.1.4. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):

- иглорефлексотерапия;
- классический лечебный массаж;
- лечебная физкультура;
- мануальная терапия;
- традиционные методы лечения и диагностики;

- физиотерапевтические методы лечение.

1.2. Стационарная помощь:

1.2.1. Экстренная и плановая госпитализация (при наличии показаний) для стационарного обследования и/или консервативного и/или оперативного лечения в следующих отделениях:

- анестезиология и реанимация;
- гастроэнтерологическое;
- гинекологическое;
- гнойная хирургия;
- дерматовенерологическое;
- кардиологическое;
- неврологическое;
- нейрохирургия;
- нефрологическое;
- отоларингологическое;
- офтальмологическое;
- педиатрическое;
- проктологическое;
- пульмонологическое;
- реанимации – интенсивной терапии;
- сосудистой хирургии;
- терапевтическое;
- торакальная хирургия;
- травматологии и ортопедии;
- урологическое;
- физиотерапевтическое;
- хирургическое;
- челюстно-лицевая хирургия;
- эндоскопическое.

1.2.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- бактериологические;
- биохимические;
- клинические;
- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации).

1.2.3. Инструментальные методы лечения и исследования (по медицинским показаниям):

- лучевые;
- тепловизионные;
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

1.2.4. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):

- гирудотерапия;
- иглорефлексотерапия;
- классический лечебный массаж;
- лечебная физкультура;
- мануальная терапия;
- традиционные методы лечения и диагностики;
- физиотерапевтические методы лечение.

1.3. Стоматологическая помощь:

1.3.1. Приемы, консультации врачей-стоматологов (терапевта, хирурга, ортопеда);

1.3.2. Рентгенологические исследования;

1.3.3. Анестезия (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая);

1.3.4. Удаление зубов простое и сложное (за исключением ретинированных, дистопированных и сверхкомплектных зубов);

шинирование;

зубопротезирование, включая подготовку к нему;

восстановление коронки зуба с помощью штифта;

имплантация зубов.

Для получения Медицинской помощи необходимо предоставить Справку установленной формы о дорожно-транспортном происшествии с указанием пострадавших для подтверждения факта наступления страхового события - нарушения здоровья вследствие ДТП. Страховщик вправе запросить дополнительно следующие документы: справка Медицинской организации, направление лечащего врача или справка/выписка с рекомендацией врача о необходимости оказания медицинских услуг, обусловленных нарушением здоровья вследствие ДТП; выписка из амбулаторной карты или истории болезни.

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «ДМС при ДТП»:

2.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

2.2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не согласованную со Страховщиком.

2.3. Обращение Застрахованного за Медицинской помощью позднее одного месяца после даты ДТП или окончания курса стационарного/амбулаторного лечения вследствие ДТП.

2.4. Обращение за Медицинской помощью по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

2.5. Обращение за Медицинской помощью, не связанной с лечением заболеваний, являющихся следствием ДТП.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «Комплекс «Здоровье» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

7. Программа добровольного медицинского «Комплекс «Здоровье ОПТИМА»

Программа добровольного медицинского страхования «Комплекс «Здоровье ОПТИМА» включает услуги, определенные в Программах добровольного медицинского страхования «НС», «Антиклещ ОПТИМА», «ГЛПС», «ДМС при ДТП».

В соответствии с Программой добровольного медицинского страхования «Комплекс «Здоровье ОПТИМА» в объем страхового покрытия включаются следующие страховые риски:

- переломы конечностей, костей черепа, повреждения связок суставов, ушибы и сотрясения головного мозга (Программа добровольного медицинского страхования «НС»);
- укус клеща, острые инфекционные заболевания, передающиеся иксодовыми клещами (клещевой энцефалит, клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), клещевые риккетсиозы: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз) (Программа добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА»);
- нарушения здоровья вследствие дорожно-транспортного происшествия (ДТП) (Программа добровольного медицинского страхования «ДМС при ДТП»);
- заболевание геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС) (Программа добровольного медицинского страхования «ГЛПС»).

Программа добровольного медицинского страхования «НС»:

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в случаях переломов конечностей, костей черепа, повреждения связок суставов, а также ушибов и сотрясения головного мозга в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «НС»:

1.1. консультации врача-травматолога;

1.2. рентгенография суставов и конечностей (по медицинским показаниям);

1.3. наложение иммобилизирующей повязки (не ранее 7 (Семи) дней после получения травмы) из синтетического полиуретанового бинта (полимерный гипс);

1.4. снятие иммобилизирующей повязки, из синтетического полиуретанового бинта (полимерный гипс);

1.5. ультразвуковое исследование (УЗИ) суставов (по медицинским показаниям);

1.6. КТ или МРТ головы (по медицинским показаниям) – однократно в течение срока действия Договора (Полиса) страхования.

Для получения Медицинской помощи необходимо предоставить документы, подтверждающие факт получения травмы (справка из травмпункта, выписка из амбулаторной карты или истории болезни), а также рекомендацию лечащего врача о необходимости ультразвукового исследования или одного из видов томографии, в связи с полученной травмой.

II. Программой добровольного медицинского страхования «НС» предусмотрено возмещение расходов на приобретение синтетического полиуретанового бинта (полимерного гипса).

Страховщик осуществляет Выплату страхового возмещения документально подтвержденных расходов Застрахованному/Страхователю либо его законному представителю, либо лицу, действующему по доверенности.

Для получения Выплаты страхового возмещения необходимо предоставить Страховщику следующие документы:

- заявление на возмещение понесенных расходов;
- копия паспорта/документа, удостоверяющего личность;
- копия Договора (Полиса) страхования;
- выписка из медицинской документации (справка из травмпункта, выписка из амбулаторной карты или истории болезни), подтверждающая факт получения травмы, содержащая: диагноз заболевания, код диагноза по МКБ-10, необходимое количество синтетического полиуретанового бинта (полимерного гипса), подписанная лечащим врачом, заверенная его личной печатью и печатью Медицинской организации;
- платежные документы, удостоверяющие факт оплаты синтетического полиуретанового бинта (полимерного гипса), подтвержденные по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен на Интернет-ресурсе https://kkt-online.nalog.ru/);
- в случае обращения законного представителя либо лица действующего по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

III. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «НС»:

3.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

3.2. Медицинская помощь, не связанная с лечением травм, перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «НС».

3.3. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не согласованную Страховщиком.

3.4. Обращение к Страховщику за получением возмещения стоимости синтетического полиуретанового бинта (полимерного гипса) для лечения иного лица, чем Застрахованный.

3.5. Обращение к Страховщику за получением возмещения стоимости синтетического полиуретанового бинта (полимерного гипса), в случае отсутствия документов, перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «НС».

3.6. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

Программа добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА»:

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в случаях укуса клеща, острого инфекционного заболевания, передающегося иксодовыми клещами (клещевой энцефалит, клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), клещевые риккетсиозы: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз) в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую и/или стационарную помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА»:

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь:

1.1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников (по медицинским показаниям).

1.1.2. Мероприятия по удалению клеща в асептических условиях.

1.1.3. Введение противоклещевого иммуноглобулина или иного аналогичного Лекарственного препарата (в течение 96 часов после укуса клеща) (по медицинским показаниям).

1.1.4. Лабораторное исследование клеща с выявлением возбудителей: клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза (болезнь Лайма), клещевых риккетсиозов (гранулоцитарного анаплазмоза, моноцитарного эрлихиоза) (при условии, что клещ не поврежден и не обработан бытовыми средствами).

1.1.5. Антибактериальные препараты, назначенные лечащим врачом в целях экстренной медикаментозной профилактики острых инфекционных заболеваний, передающимися иксодовыми клещами.

1.1.6. Однократное ПЦР-исследование крови (в первые дни заболевания до начала лечения антибактериальными препаратами) (по медицинским показаниям).

1.1.7. Однократное серологическое исследование крови (РНИФ и ИФА) на 7-25 день после укуса клеща (по медицинским показаниям).

1.2. Стационарная помощь:

1.2.1. Лечение в специализированном отделении, с медикаментозным обеспечением сверх видов и объемов, входящих в программу обязательного медицинского страхования (в случае заболевания клещевым энцефалитом, клещевым боррелиозом (болезнь Лайма), клещевыми риккетсиозами: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз).

II. Программой добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА» предусмотрено возмещение расходов за полученные Медицинские услуги, указанные в п. 1.1. Раздела I Программы.

Страховщик осуществляет Выплату страхового возмещения документально подтвержденных расходов Застрахованному/Страхователю либо его законному представителю, либо лицу, действующему по доверенности.

Для получения Выплаты страхового возмещения необходимо предоставить Страховщику следующие документы:

- заявление на возмещение понесенных расходов;
- копия паспорта/документа, удостоверяющего личность;
- копия Договора (Полиса) страхования;
- выписка из медицинской документации, подписанная лечащим врачом, заверенная его личной печатью и печатью Медицинской организации, содержащая: диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения, с описанием схемы лечения заболевания и назначенных Лекарственных препаратов.
- платежные документы, удостоверяющие факт оплаты полученной Медицинской помощи, указанной в п. 1.1. Раздела I Программы добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА» и подтвержденные по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен в Интернет-ресурсе https://kkt-online.nalog.ru/);
- в случае обращения законного представителя либо лица по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

III. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА»:

3.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

3.2. Медицинские услуги, не перечисленные в Программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА».

3.3. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не согласованную со Страховщиком.

3.4. Заболевания центральной нервной системы, вызванные другими вирусными инфекциями.

3.5. Заболевания клещевыми инфекциями, лечение которых проведено с нарушением медицинских стандартов.

3.6. Гнойно-септические осложнения, связанные с удалением клеща вне Медицинской организации, предусмотренной Договором (Полисом) страхования или не согласованной со Страховщиком.

3.7. Заболевания, относящиеся к клещевым инфекциям, но диагностированные или перенесенные до вступления Договора (Полиса) страхования в силу.

3.8. Обращение к Страховщику за возмещением стоимости полученной Медицинской помощи, указанной в п. 1.1. Раздела I Программы добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА», связанной с лечением иного лица, чем Застрахованный.

3.9. Обращение к Страховщику за возмещением стоимости полученной Медицинской помощи, указанной в п. 1.1. Раздела I Программы добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА», в случае отсутствия документов, перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА».

3.10. Стационарное лечение в случае, если Застрахованному не была проведена или Застрахованный отказался от проведения своевременной специфической иммунопрофилактики противоклещевым иммуноглобулином или иным аналогичным Лекарственным препаратом и/или курса медикаментозной профилактики (за исключением случаев наличия медицинских противопоказаний, зафиксированных врачом-специалистом в медицинской документации).

3.11. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

Программа добровольного медицинского страхования «ГЛПС»:

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, при заболевании геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС) в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую и/или стационарную помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «ГЛПС»:

1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников (по медицинским показаниям).

1.2. Лабораторные и инструментальные исследования, включая выявление в крови антител к хантавирусу.

1.3. Лечение с медикаментозным обеспечением в специализированном отделении сверх видов и объемов, входящих в программу обязательного медицинского страхования.

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «ГЛПС»:

2.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

2.2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не согласованную со Страховщиком.

2.3. Обращение за медицинской помощью по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

Программа добровольного медицинского страхования «ДМС при ДТП»:

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в случае нарушения здоровья вследствие дорожно-транспортного происшествия (ДТП) в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую, стационарную, стоматологическую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «ДМС при ДТП».

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь:

1.1.1. Приемы и консультации врачей (в т.ч. процедуры и оперативные вмешательства, не требующие госпитализации и проводимые под местной анестезией) следующих специалистов:

- гастроэнтерология;
- гинекология;
- дерматовенерология;
- кардиология;
- кардиохирургия;
- колопроктология;
- мануальная терапия;
- неврология;
- нефрология;
- отоларингология;
- офтальмология;
- педиатрия;
- пульмонология;
- рефлексотерапия;
- сосудистая хирургия;
- терапия;
- торакальная хирургия;
- травматология и ортопедия;
- урология;
- физиотерапия;
- хирургия;
- эндокринология;
- эндоскопия.

1.1.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- бактериологические;
- биохимические;
- клинические;
- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации).

1.1.3. Инструментальные методы лечения и исследования (по медицинским показаниям):

- лучевые;
- тепловизионные;
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

1.1.4. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):

- иглорефлексотерапия;

- классический лечебный массаж;
- лечебная физкультура;
- мануальная терапия;
- традиционные методы лечения и диагностики;
- физиотерапевтические методы лечение.

1.2. Стационарная помощь:

1.2.1. Экстренная и плановая госпитализация (при наличии показаний) для стационарного обследования и/или консервативного и/или оперативного лечения в следующих отделениях:

- анестезиология и реанимация;
- гастроэнтерологическое;
- гинекологическое;
- гнойная хирургия;
- дерматовенерологическое;
- кардиологическое;
- неврологическое;
- нейрохирургия;
- нефрологическое;
- отоларингологическое;
- офтальмологическое;
- педиатрическое;
- проктологическое;
- пульмонологическое;
- реанимации – интенсивной терапии;
- сосудистой хирургии;
- терапевтическое;
- торакальная хирургия;
- травматологии и ортопедии;
- урологическое;
- физиотерапевтическое;
- хирургическое;
- челюстно-лицевая хирургия;
- эндоскопическое.

1.2.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- бактериологические;
- биохимические;
- клинические;
- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации).

1.2.3. Инструментальные методы лечения и обследования (по медицинским показаниям):

- лучевые;
- тепловизионные;
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

1.2.4. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):

- гирудотерапия;
- иглорефлексотерапия;
- классический лечебный массаж;
- лечебная физкультура;
- мануальная терапия;
- традиционные методы лечения и диагностики;

- физиотерапевтические методы лечение.

1.3. Стоматологическая помощь:

1.3.1. Приемы, консультации врачей-стоматологов (терапевта, хирурга, ортопеда);

1.3.2. Рентгенологические исследования;

1.3.3. Анестезия (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая);

1.3.4. Удаление зубов простое и сложное (за исключением ретинированных, дистопированных и сверхкомплектных зубов);

шинирование;

зубопротезирование, включая подготовку к нему;

восстановление коронки зуба с помощью штифта;

имплантация зубов.

Для получения Медицинской помощи необходимо предоставить Справку установленной формы о дорожно-транспортном происшествии с указанием пострадавших для подтверждения факта наступления страхового события - нарушения здоровья вследствие ДТП. Страховщик вправе запросить дополнительно следующие документы: справка Медицинской организации, направление лечащего врача или справка/выписка с рекомендацией врача о необходимости оказания медицинских услуг, обусловленных нарушением здоровья вследствие ДТП; выписка из амбулаторной карты или истории болезни.

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «ДМС при ДТП»:

2.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

2.2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не согласованную со Страховщиком.

2.3. Обращение Застрахованного за Медицинской помощью позднее одного месяца после даты ДТП или окончания курса стационарного/амбулаторного лечения вследствие ДТП.

2.4. Обращение за Медицинской помощью по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

2.5. Обращение за Медицинской помощью, не связанной с лечением заболеваний, являющихся следствием ДТП.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «Комплекс «Здоровье ОПТИМА» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

8. Программа добровольного медицинского страхования «Антигрипп»

Страховым случаем является обращение за возмещением понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования в течение срока его действия, в случае установления Застрахованному диагноза – Грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10).

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «Антигрипп»:

1.1. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением по назначению лечащего врача при амбулаторно-поликлиническом лечении следующих групп Лекарственных препаратов:

1.1.1. Этиотропные препараты:

- противовирусные препараты;
- интерфероны и другие иммуностимуляторы.

1.1.2. Симптоматические препараты:

- противовоспалительные и жаропонижающие препараты;
- препараты для дезинтоксикационной терапии;
- отхаркивающие препараты;
- противокашлевые препараты.

1.1.3. Препараты комплексного действия (этиотропного и симптоматического действия).

1.1.4. Антибактериальные препараты (при развитии бактериальных осложнений).

Страховщик осуществляет Выплату страхового возмещения документально подтвержденных расходов Застрахованному/Страхователю либо его законному представителю, либо лицу, действующему по доверенности.

Для получения Выплаты страхового возмещения необходимо предоставить Страховщику следующие документы:

- заявление на возмещение понесенных расходов;
- копия паспорта/документа, удостоверяющего личность;
- копия Договора (Полиса) страхования;
- выписка из медицинской документации, подписанная лечащим врачом, заверенная его личной печатью и печатью Медицинской организации, содержащая: диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения, с описанием схемы лечения заболевания и назначенных Лекарственных препаратов;
- платежные документы, подтверждающие факт оплаты Лекарственных препаратов, назначенных врачом после установления диагноза и подтвержденные по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен в Интернет-ресурсе https://kkt-online.nalog.ru//);
- в случае обращения законного представителя либо лица по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

II. Исключения из Программы добровольного медицинского страхования «Антигрипп»:

2.1. Обращение за возмещением стоимости лекарственных препаратов, в случае если Застрахованному не был установлен диагноз – Грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10).

2.2. Обращение за возмещением стоимости лекарственных препаратов, не предусмотренных Договором (Полисом) страхования.

2.3. Обращение за получением возмещения стоимости Лекарственных препаратов для лечения иного лица, чем Застрахованный.

2.4. Обращение к Страховщику, в случае отсутствия документов, необходимых для возмещения стоимости лекарственных препаратов, перечисленных в разделе I Программы добровольного медицинского страхования.

2.5. Обращение к Страховщику, за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, приобретенных по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «Антигрипп» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

9. Программа добровольного медицинского страхования «Антигрипп Плюс»

Страховым случаем является:

-обращение Застрахованного за Медицинской помощью, направленной на предупреждение заболевания гриппом в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия;

-обращение за возмещением понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования в течение срока его действия, в случае установления Застрахованному диагноза – Грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10).

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «Антигрипп Плюс»:

1.1. Проведение вакцинации против гриппа (однократно в течение срока действия Договора (Полиса) страхования);

1.2. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением по назначению лечащего врача при амбулаторно-поликлиническом лечении следующих групп Лекарственных препаратов:

1.2.1. Этиотропные препараты:

- противовирусные препараты;
- интерфероны и другие иммуностимуляторы.

1.2.2. Симптоматические препараты:
- противовоспалительные и жаропонижающие препараты;
- препараты для дезинтоксикационной терапии;
- отхаркивающие препараты;
- противокашлевые препараты.

1.2.3. Препараты комплексного действия (этиотропного и симптоматического действия).

1.2.4. Антибактериальные препараты (при развитии бактериальных осложнений).

Страховщик осуществляет Выплату страхового возмещения документально подтвержденных расходов Застрахованному/Страхователю либо его законному представителю, либо лицу, действующему по доверенности.

Для получения Выплаты страхового возмещения необходимо предоставить Страховщику следующие документы:
- заявление на возмещение понесенных расходов;
- копия паспорта/документа, удостоверяющего личность;
- копия Договора (Полиса) страхования;
- выписка из медицинской документации, подписанная лечащим врачом, заверенная его личной печатью и печатью Медицинской организации, содержащая: диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения, с описанием схемы лечения заболевания и назначенных Лекарственных препаратов.
- платежные документы, подтверждающие факт оплаты Лекарственных препаратов, назначенных врачом после установления диагноза и подтвержденные по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен в Интернет-ресурсе https://kkt-online.nalog.ru/);
- в случае обращения законного представителя либо лица по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

II. Исключения из Программы добровольного медицинского страхования «Антигрипп Плюс»:

2.1. Обращение за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, в случае если Застрахованному не был установлен диагноз – Грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10).

2.2. Обращение за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, не предусмотренных Договором (Полисом) страхования.

2.3. Обращение за получением возмещения стоимости Лекарственных препаратов для лечения иного лица, чем Застрахованный.

2.4. Обращение к Страховщику, в случае отсутствия документов, необходимых для возмещения стоимости лекарственных препаратов, перечисленных в разделе I Программы добровольного медицинского страхования.

2.5. Обращение за проведением вакцинации иного лица, чем Застрахованный.

2.6. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не согласованную со Страховщиком.

2.7. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

2.8. Обращение к Страховщику, за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, приобретенных по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «Антигрипп Плюс» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

10. Программа добровольного медицинского страхования «Антигрипп PRO»

Страховым случаем является обращение:

- за консультацией врача-специалиста с применением телемедицинских технологий в случае ухудшения состояния здоровья Застрахованного при подозрении на острую респираторную вирусную инфекцию;

- для возмещения понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования, в случае установления Застрахованному диагноза – грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10).

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «Антигрипп PRO»:

1.1. Консультации врача-терапевта/педиатра с применением телемедицинских технологий (по предварительной записи).

1.2. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением по назначению лечащего врача при амбулаторно-поликлиническом лечении следующих групп Лекарственных препаратов:

1.2.1. Этиотропные препараты:

- противовирусные препараты;
- интерфероны и другие иммуностимуляторы.

1.2.2. Симптоматические препараты:

- противовоспалительные и жаропонижающие препараты;
- препараты для дезинтоксикационной терапии;
- отхаркивающие препараты;
- противокашлевые препараты.

1.2.3. Препараты комплексного действия (этиотропного и симптоматического действия).

1.2.4. Антибактериальные препараты (при развитии бактериальных осложнений).

Страховщик осуществляет Выплату страхового возмещения документально подтвержденных расходов Застрахованному/Страхователю либо его законному представителю, либо лицу, действующему по доверенности.

Для получения Выплаты страхового возмещения необходимо предоставить Страховщику следующие документы:

- заявление на возмещение понесенных расходов;
- копия паспорта/документа, удостоверяющего личность;
- копия Договора (Полиса) страхования;
- выписка из медицинской документации, подписанная лечащим врачом, заверенная его личной печатью и печатью Медицинской организации, содержащая: диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения, с описанием схемы лечения заболевания и назначенных Лекарственных препаратов.
- платежные документы, подтверждающие факт оплаты Лекарственных препаратов, назначенных врачом после установления диагноза и подтвержденные по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен в Интернет-ресурсе https://kkt-online.nalog.ru/);
- в случае обращения законного представителя либо лица по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

II. Исключения из Программы добровольного медицинского страхования «Антигрипп PRO»:

2.1. Обращение за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, в случае если Застрахованному не был установлен диагноз – грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10).

2.2. Обращение за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, не предусмотренных Договором (Полисом) страхования.

2.3. Обращение за получением возмещения стоимости Лекарственных препаратов для лечения иного лица, чем Застрахованный.

2.4. Обращение к Страховщику, в случае отсутствия документов, необходимых для возмещения стоимости лекарственных препаратов, перечисленных в разделе I Программы добровольного медицинского страхования.

2.5. Обращение к Страховщику, за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, приобретенных по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

2.6. Получение консультации врача с применением телемедицинских технологий в отношении иного лица, чем Застрахованный.

2.7. Вопросы, возникающие в процессе телеконсультации, для решения которых необходимо получение дополнительного обследования.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «Антигрипп PRO» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

11. Программа добровольного медицинского страхования «Антивирус»

Страховым случаем является обращение:

- за консультацией врача-специалиста с применением телемедицинских технологий в случае ухудшения состояния здоровья Застрахованного при подозрении на острую респираторную вирусную инфекцию;
- для возмещения понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования, в случае установления Застрахованному диагноза – грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10);
- для возмещения понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования, в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2) с 31-го дня с даты начала периода страхования.

1. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «Антивирус»:

1.1. Консультации врача-терапевта/педиатра с применением телемедицинских технологий (по предварительной записи).

1.2. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением по назначению лечащего врача при амбулаторно-поликлиническом лечении, в случае установления Застрахованному диагноза – грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10), следующих групп Лекарственных препаратов:

1.2.1. Этиотропные препараты:
- противовирусные препараты;
- интерфероны и другие иммуностимуляторы.

1.2.2. Симптоматические препараты:
- противовоспалительные и жаропонижающие препараты;
- препараты для дезинтоксикационной терапии;
- отхаркивающие препараты;
- противокашлевые препараты.

1.2.3. Препараты комплексного действия (этиотропного и симптоматического действия).

1.2.4. Антибактериальные препараты (при развитии бактериальных осложнений).

1.3. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением по назначению лечащего врача при амбулаторно-поликлиническом лечении, в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2), следующих групп Лекарственных препаратов:

1.3.1. Этиотропные препараты:
- противовирусные препараты;
- интерфероны и другие иммуностимуляторы.

1.3.2. Симптоматические препараты:
- противовоспалительные и жаропонижающие препараты;
- препараты для дезинтоксикационной терапии;
- отхаркивающие препараты;
- противокашлевые препараты.

1.3.3. Препараты комплексного действия (этиотропного и симптоматического действия).

1.3.4. Антибактериальные препараты (при развитии бактериальных осложнений).

1.3.5. Антикоагулянты.

Страховщик осуществляет Выплату страхового возмещения документально подтвержденных расходов Застрахованному/Страхователю либо его законному представителю, либо лицу, действующему по доверенности.

Для получения Выплаты страхового возмещения необходимо предоставить Страховщику следующие документы:

- заявление на возмещение понесенных расходов;
- копия паспорта/документа, удостоверяющего личность;
- копия Договора (Полиса) страхования;
- выписка из медицинской документации, подписанная лечащим врачом, заверенная его личной печатью и печатью Медицинской организации, содержащая: диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения, с описанием схемы лечения заболевания и назначенных Лекарственных препаратов.
- результат лабораторного исследования, подтверждающий положительный результат на коронавирусную инфекцию, вызванную вирусом COVID-19 (для возмещения расходов, указанных в п. 1.3. Программы добровольного медицинского страхования «Антивирус»).
- платежные документы, подтверждающие факт оплаты Лекарственных препаратов, назначенных врачом после установления диагноза и подтвержденные по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен в Интернет-ресурсе https://kkt-online.nalog.ru/);
- в случае обращения законного представителя либо лица по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

II. Исключения из Программы добровольного медицинского страхования «Антивирус»:

2.1. Обращение за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, по поводу лечения заболевания, не являющегося Страховым случаем.

2.2. Обращение за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, по поводу лечения коронавирусной инфекции, вызванной вирусом COVID-19, но установленного диагноза до вступления договора страхования в силу или с 1-го по 30-й день действия Договора (Полиса) страхования.

2.3. Обращение за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, по поводу лечения гриппа, но установленного диагноза до вступления Договора (Полиса) страхования в силу.

2.4. Обращение за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, не предусмотренных Договором (Полисом) страхования.

2.5. Обращение за получением возмещения стоимости Лекарственных препаратов для лечения иного лица, чем Застрахованный.

2.6. Обращение к Страховщику, в случае отсутствия документов, необходимых для возмещения стоимости лекарственных препаратов, перечисленных в разделе I Программы добровольного медицинского страхования.

2.7. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

2.8. Обращение к Страховщику, за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, приобретенных по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

2.9. Получение консультации врача с применением телемедицинских технологий в отношении иного лица, чем Застрахованный.

2.10. Вопросы, возникающие в процессе телеконсультации, для решения которых необходимо получение дополнительного обследования.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «Антивирус» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

12. Программа добровольного медицинского страхования «Антивирус 2.0.»

Страховым случаем является обращение:

- за консультацией врача-специалиста с применением телемедицинских технологий в случае ухудшения состояния здоровья Застрахованного при подозрении на острую респираторную вирусную инфекцию;

- для возмещения понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования, в случае установления Застрахованному диагноза – грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10);

- для возмещения понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования, в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2) с 31-го дня с даты начала периода страхования.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «Антивирус 2.0.»:

1.1. Консультации врачей-специалистов: терапевта/педиатра, пульмонолога, кардиолога, эндокринолога с применением телемедицинских технологий (по предварительной записи).

1.2. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением по назначению лечащего врача при амбулаторно-поликлиническом лечении, в случае установления Застрахованному диагноза – грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10), следующих групп Лекарственных препаратов:

1.2.1. Этиотропные препараты:

- противовирусные препараты;
- интерфероны и другие иммуностимуляторы.

1.2.2. Симптоматические препараты:

- противовоспалительные и жаропонижающие препараты;
- препараты для дезинтоксикационной терапии;
- отхаркивающие препараты;
- противокашлевые препараты.

1.2.3. Препараты комплексного действия (этиотропного и симптоматического действия).

1.2.4. Антибактериальные препараты (при развитии бактериальных осложнений).

1.3. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением по назначению лечащего врача при амбулаторно-поликлиническом лечении, в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2), следующих групп Лекарственных препаратов:

1.3.1. Этиотропные препараты:

- противовирусные препараты;
- интерфероны и другие иммуностимуляторы.

1.3.2. Симптоматические препараты:

- противовоспалительные и жаропонижающие препараты;
- препараты для дезинтоксикационной терапии;
- отхаркивающие препараты;
- противокашлевые препараты.

1.3.3. Препараты комплексного действия (этиотропного и симптоматического действия).

1.3.4. Антибактериальные препараты (при развитии бактериальных осложнений).

1.3.5. Антикоагулянты.

Страховщик осуществляет Выплату страхового возмещения документально подтвержденных расходов Застрахованному/Страхователю либо его законному представителю, либо лицу, действующему по доверенности.

Для получения Выплаты страхового возмещения необходимо предоставить Страховщику следующие документы:

- заявление на возмещение понесенных расходов;
- копия паспорта/документа, удостоверяющего личность;
- копия Договора (Полиса) страхования;

- выписка из медицинской документации, подписанная лечащим врачом, заверенная его личной печатью и печатью Медицинской организации, содержащая: диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения, с описанием схемы лечения заболевания и назначенных Лекарственных препаратов;

- результат лабораторного исследования, подтверждающий положительный результат на коронавирусную инфекцию, вызванную вирусом COVID-19 (для возмещения расходов, указанных в п. 1.3. Программы добровольного медицинского страхования «Антивирус 2.0.»);

- платежные документы, подтверждающие факт оплаты Лекарственных препаратов, назначенных врачом после установления диагноза и подтвержденные по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен в Интернет-ресурсе https://kkt-online.nalog.ru/);

- в случае обращения законного представителя либо лица по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

II. Исключения из Программы добровольного медицинского страхования «Антивирус 2.0.»:

1.1. Обращение за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, по поводу лечения заболевания, не являющегося Страховым случаем.

1.2. Обращение за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, по поводу лечения коронавирусной инфекции, вызванной вирусом COVID-19, но установленного диагноза до вступления договора страхования в силу или с 1-го по 30-й день действия Договора (Полиса) страхования.

1.3. Обращение за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, по поводу лечения гриппа, но установленного диагноза до вступления Договора (Полиса) страхования в силу.

1.4. Обращение за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, не предусмотренных Договором (Полисом) страхования.

2.5. Обращение за получением возмещения стоимости Лекарственных препаратов для лечения иного лица, чем Застрахованный.

2.6. Обращение к Страховщику, в случае отсутствия документов, необходимых для возмещения стоимости лекарственных препаратов, перечисленных в разделе I Программы добровольного медицинского страхования.

2.7. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

2.8. Обращение к Страховщику, за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, приобретенных по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

2.9. Получение консультации врача с применением телемедицинских технологий в отношении иного лица, чем Застрахованный.

2.10. Вопросы, возникающие в процессе телеконсультации, для решения которых необходимо получение дополнительного обследования.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «Антивирус 2.0.» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

13. Программа добровольного медицинского страхования «Мобильный доктор»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за консультацией врача-специалиста, в случае ухудшения состояния здоровья в Медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «Мобильный доктор»:

1.1. Консультации врача-терапевта/педиатра с применением телемедицинских технологий (по предварительной записи).

II. Исключения из программы добровольного медицинского страхования «Мобильный доктор»:

2.1. Обращение за Медицинской помощью по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования;

2.2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не предусмотренную Договором (Полисом) страхования;

2.3. Получение консультации врача в отношении иного лица, чем Застрахованный;

2.4. Вопросы, возникающие в процессе телеконсультации, для решения которых необходимо получение дополнительного обследования.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «Мобильный доктор» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

14. Программа добровольного медицинского страхования «Мобильный доктор ПЛЮС»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за консультацией врача-специалиста, в случае ухудшения состояния здоровья в Медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «Мобильный доктор ПЛЮС»:

1.1. Консультации врачей-специалистов: терапевта/педиатра, гастроэнтеролога, кардиолога, невролога, отоларинголога, хирурга, травматолога-ортопеда, уролога, эндокринолога с применением телемедицинских технологий (по предварительной записи).

II. Исключения из программы добровольного медицинского страхования «Мобильный доктор ПЛЮС»:

2.1. Обращение за Медицинской помощью по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования;

2.2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не предусмотренную Договором (Полисом) страхования;

2.3. Получение консультации врача в отношении иного лица, чем Застрахованный;

2.4. Вопросы, возникающие в процессе телеконсультации, для решения которых необходимо получение дополнительного обследования.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «Мобильный доктор ПЛЮС» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

15. Программа добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую, стационарную помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия, в случаях состояний, угрожающих жизни Застрахованного при острых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний, отравлениях, травмах (в том числе ожогах, отморожениях).

На страхование принимаются лица от 0 до 70 лет включительно.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС».

1.1. Экстренная амбулаторно-поликлиническая помощь:

1.1.1. Приемы и консультации врачей (в т.ч. процедуры и оперативные вмешательства, не требующие госпитализации и проводимые под местной анестезией) следующих специальностей:

- гастроэнтерология;
- гинекология;
- инфекционные болезни;
- кардиология;
- неврология;
- отоларингология;
- офтальмология;
- терапия;
- травматология;
- урология;

- хирургия.

1.1.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- бактериологические;
- биохимические;
- клинические.

1.1.3. Инструментальные методы лечения и обследования (по медицинским показаниям):

- рентгенологические;
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

1.1.4. Физиотерапевтическое лечение (по медицинским показаниям):

- электро-, свето-, тепло-; магнитолечение.

До 10 сеансов/процедур одного из видов в течение срока действия Договора страхования.

1.2. Экстренная стационарная помощь:

1.2.1. Экстренная госпитализация для консервативного и/или оперативного лечения.

1.2.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- бактериологические;
- биохимические;
- клинические;
- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям).

1.2.3. Инструментальные методы лечения и обследования (по медицинским показаниям):

- рентгенологические;
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

1.2.4. Физиотерапевтическое лечение (по медицинским показаниям):

- электро-, свето-, тепло-; магнитолечение.

До 10 сеансов/процедур одного из видов в течение срока действия Договора страхования.

Экстренная госпитализация осуществляется при состоянии здоровья Застрахованного, которое характеризуется острыми признаками и симптомами, способными поставить под угрозу жизнь Застрахованного и требует срочного оказания медицинской помощи в условиях стационара.

Экстренная госпитализация осуществляется в дежурную городскую больницу, с использованием услуг городской станции скорой медицинской помощи. При экстренной госпитализации Застрахованный или его представитель сообщает Страховщику, в какой стационар он госпитализирован. С учетом желания, состояния здоровья Застрахованного, возможности Медицинской организации, Страховщик организует перевод, преимущественно в 3-4-х местные палаты, в Медицинскую организацию из числа предусмотренных Договором страхования.

Страховая выплата осуществляется в виде непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию.

Страховая сумма по программе добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС» после оплаты уменьшается на сумму Страховой выплаты.

По программе добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС» Страховщиком установлено ограничение по количеству страховых случаев по одному договору страхования в зависимости от срока действия Договора страхования:

- 12 месяцев – 2 страховых случая;
- 6 месяцев – 1 страховой случай;
- 3 месяца – 1 страховой случай;
- 1 месяц – 1 страховой случай.

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС»:

1. Медицинская помощь, связанная со следующими заболеваниями и их осложнениями, после установления первичного диагноза:

1.1. Туберкулез.

1.2. Муковисцидоз.

1.3. Системные заболевания соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы, ревматизм; подагра.

1.4. Болезни эндокринной системы (гипотериоз и др.), расстройства питания и нарушения обмена веществ.

1.5. Сахарный диабет I и II типа.

1.6. Бронхиальная астма.

1.7. Заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью; хронический гепатит, цирроз печени.

1.8. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной недостаточностью; амилоидоз.

1.9. Заболевания (инфекции), передающиеся преимущественно половым путем (сифилис, гонорея, трихомониаз, урогенитальная герпетическая инфекция, хламидийная, микоплазменная, уреаплазменная инфекции).

1.10. Дегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы, параличи, эпилепсия, психические расстройства.

Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника и суставов (остеохондроз, остеоартрит, остеоартроз, гонартроз и др.).

1.11. Варикозное расширение вен.

1.12. ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты, цитомегаловирусная инфекция.

1.13. Особо опасные инфекции; нейроинфекции; высококонтагиозные инфекционные заболевания.

1.14. Псориаз, микозы, экзема, нейродермит, контагиозный моллюск, папилломы, кандиломы, бородавки, мозоли, вросший ноготь, невусы, дерматиты, чесотка, педикулёз, паразитарные болезни.

1.15. Аномалия рефракции (миопия, гиперметропия, астигматизм); угасание функции аккомодации (пресбиопия); глаукома; возрастная и осложненная катаракта; косоглазие; демодекоз; хориоретинальные дистрофии.

1.16. Хромосомные нарушения и врожденные пороки развития.

1.17. Лучевая болезнь.

1.18. Профессиональные заболевания.

1.19. Злокачественные новообразования (в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей); доброкачественные новообразования (кисты, миомы др.).

1.20. Заболевания крови: анемия, тромбоцитопения и др.

1.21. Заболевания сердца, сосудов, нервной системы, требующие хирургического вмешательства, включая установку искусственного водителя ритма, аорто-коронарное шунтирование (АКШ), стентирование любых сосудов, коррекцию пороков сердца и др.

1.22. Заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, имплантации и протезирования, пластическая хирургия.

1.23. Заболевания или иные расстройства здоровья, полученные в состоянии или вследствие наркотического, алкогольного, токсического опьянения.

2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не предусмотренную Договором страхования (Полисом).

3. Обращение за Медицинской помощью по истечении срока действия Договора страхования (Полиса).

4. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

5. Приемы и лечение у специалистов, не перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС».

Приемы и лечение у специалистов, имеющих ученую степень и звания.

6. Лабораторные и инструментальные исследования в объеме превышающий предусмотренный Программой добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС».

7. Лазеротерапия; хирургическое лазеролечение, в т.ч. ЭВЛК, использование радиоволнового скальпеля; электрофотомагнитостимуляция; склеротерапия; озонотерапия; гипокситерапия; гипербарическая оксигенация; галотерапия; гидроколонотерапия; бальнеолечение, хирургические методы лечения хронического геморроя, артроскопия.

8. Экстракорпоральные методы лечения, (за исключением случаев проведения экстракорпорального воздействия на кровь и её компоненты по жизненным показаниям при нахождении больного в отделении реанимации), УФО крови, лимфопресс.

9. Медицинское освидетельствование с целью оформления документов на МСЭК, справок для получения водительских прав, разрешения на ношения оружия, выезда за рубеж, посещения спортивно-оздоровительных мероприятий, бассейна, поступления в учебные заведения, санаторно-курортных справок и карт, медицинской карты в учебные заведения; диспансеризация и т.п.

10. Иммунопрофилактика, иммунотерапия, включая специфическую иммунотерапию.

11. Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, диагностика и лечение бесплодия и др.).

12. Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и дородовым наблюдением.

13. Ведение беременности, родовспоможение, послеродовый период, а также осложнения, связанные с ними.

14. Прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности (за исключением случаев самопроизвольного прерывания беременности, внематочной беременности), патология беременности, преждевременные роды, а также осложнения, связанные с ними.

15. Диагностика и лечение сексуальных расстройств.

16. Диагностические исследования, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного; все виды протезирования; коррекция веса, речи, зрения, слуха.

17. Профилактические и оздоровительные мероприятия: профилактический массаж, тренажеры, солярий, ЛФК в бассейне и пр.

18. Обследование и лечение в дневном стационаре, стационаре дневного пребывания; плановая стационарная помощь.

19. Медицинские услуги, связанные с подготовкой к плановой госпитализации.

20. Санаторно-курортное лечение.

21. Медицинская помощь специалистов на дому.

22. Стоматологическое лечение.

23. Расходы Застрахованного на приобретение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения; медицинского оборудования; медицинских изделий, предназначенных для ухода за больным и т.п.; корригирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений: имплантатов; протезов; слуховых аппаратов; очков, контактных линз; корсетов, костылей, стелек и др., а также расходы на их подбор и подгонку.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

16. Программа добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС ПЛЮС»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую, стационарную и стоматологическую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока

его действия, в случаях состояний, угрожающих жизни Застрахованного при острых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний, отравлениях, травмах (в том числе ожогах, отморожениях).

На страхование принимаются лица от 0 до 70 лет включительно.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС ПЛЮС».

1.1. Экстренная амбулаторно-поликлиническая помощь:

1.1.1. Приемы и консультации врачей (в т.ч. процедуры и оперативные вмешательства, не требующие госпитализации и проводимые под местной анестезией) следующих специальностей:

- гастроэнтерология;
- гинекология;
- инфекционные болезни;
- кардиология;
- неврология;
- отоларингология;
- офтальмология;
- терапия;
- травматология;
- урология;
- хирургия.

1.1.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- бактериологические;
- биохимические;
- клинические.

1.1.3. Инструментальные методы лечения и обследования (по медицинским показаниям):

- рентгенологические;
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

1.1.4. Физиотерапевтическое лечение (по медицинским показаниям):

- электро-, свето-, тепло-; магнитолечение.

До 10 сеансов/процедур одного из видов в течение срока действия Договора страхования.

1.2. Экстренная стоматологическая помощь:

1.2.1. Лечебные хирургические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям: удаление зубов, кроме ретинированных и дистопированных и сверхкомплектных зубов (не более одного зуба при сроке страхования 3, 6, месяцев; не более двух зубов при сроке страхования 1 год), наложение швов, перевязка после удаления зуба, кровоостанавливающая антисептическая повязка после удаления, вскрытие абсцессов челюстно-лицевой области.

1.2.2. Анестезиологические мероприятия: аппликационная, инфильтрационная, проводниковая анестезия.

1.2.3. Диагностические мероприятия: рентгенография, радиовизиография (прицельные снимки).

1.3. Экстренная стационарная помощь:

1.3.1. Экстренная госпитализация для консервативного и/или оперативного лечения.

1.3.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- бактериологические;
- биохимические;
- клинические;
- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям).

1.3.3. Инструментальные методы лечения и обследования (по медицинским показаниям):

- рентгенологические;

- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

1.3.4. Физиотерапевтическое лечение (по медицинским показаниям):

- электро-, свето-, тепло-; магнитолечение.

До 10 сеансов/процедур одного из видов в течение срока действия Договора страхования.

Экстренная госпитализация осуществляется при состоянии здоровья Застрахованного, которое характеризуется острыми признаками и симптомами, способными поставить под угрозу жизнь Застрахованного и требует срочного оказания медицинской помощи в условиях стационара.

Экстренная госпитализация осуществляется в дежурную городскую больницу, с использованием услуг городской станции скорой медицинской помощи. При экстренной госпитализации Застрахованный или его представитель сообщает Страховщику, в какой стационар он госпитализирован. С учетом желания, состояния здоровья Застрахованного, возможности Медицинской организации, Страховщик организует перевод, преимущественно в 3-4-х местные палаты, в Медицинскую организацию из числа предусмотренных Договором страхования.

Страховая выплата осуществляется в виде непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию.

Страховая сумма по программе добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС ПЛЮС» после оплаты уменьшается на сумму Страховой выплаты.

По Программе добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС ПЛЮС» Страховщиком установлено ограничение по количеству страховых случаев по одному договору страхования в зависимости от срока действия Договора страхования:

- 12 месяцев – 4 страховых случая;
- 6 месяцев – 2 страховых случая;
- 3 месяца – 2 страховых случая;
- 1 месяц – 2 страховых случая.

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС ПЛЮС»:

1. Медицинская помощь, связанная со следующими заболеваниями и их осложнениями, после установления первичного диагноза:

1.1. Туберкулез.

1.2. Муковисцидоз.

1.3. Системные заболевания соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы, ревматизм; подагра.

1.4. Болезни эндокринной системы (гипотериоз и др.), расстройства питания и нарушения обмена веществ.

1.6. Бронхиальная астма.

1.7. Заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью; хронический гепатит, цирроз печени.

1.8. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной недостаточностью; амилоидоз.

1.9. Заболевания (инфекции), передающиеся преимущественно половым путем (сифилис, гонорея, трихомониаз, урогенитальная герпетическая инфекция, хламидийная, микоплазменная, уреаплазменная инфекции).

1.10. Дегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы, параличи, эпилепсия, психические расстройства.

Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника и суставов (остеохондроз, остеоартрит, остеоартроз, гонартроз и др.).

1.11. Варикозное расширение вен.

1.12. ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты, цитомегаловирусная инфекция.

1.13. Особо опасные инфекции; нейроинфекции; высококонтагиозные инфекционные заболевания.

1.14. Псориаз, микозы, экзема, нейродермит, контагиозный моллюск, папилломы, кандиломы, бородавки, мозоли, вросший ноготь, невусы, дерматиты, чесотка, педикулёз, паразитарные болезни.

1.15. Аномалия рефракции (миопия, гиперметропия, астигматизм); угасание функции аккомодации (пресбиопия); глаукома; возрастная и осложненная катаракта; косоглазие; демодекоз; хориоретинальные дистрофии.

1.16. Хромосомные нарушения и врожденные пороки развития.

1.17. Лучевая болезнь.

1.18. Профессиональные заболевания.

1.19. Злокачественные новообразования (в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей); доброкачественные новообразования (кисты, миомы др.).

1.20. Заболевания крови: анемия, тромбоцитопения и др.

1.21. Заболевания сердца, сосудов, нервной системы, требующие хирургического вмешательства, включая установку искусственного водителя ритма, аорто-коронарное шунтирование (АКШ), стентирование любых сосудов, коррекцию пороков сердца и др.

1.22. Заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, имплантации и протезирования, пластическая хирургия.

1.23. Заболевания или иные расстройства здоровья, полученные в состоянии или вследствие наркотического, алкогольного, токсического опьянения.

2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не предусмотренную Договором страхования (Полисом).

3. Обращение за Медицинской помощью по истечении срока действия Договора страхования (Полиса).

4. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

5. Приемы и лечение у специалистов, не перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС ПЛЮС».

Приемы и лечение у специалистов, имеющих ученую степень и звания.

6. Лабораторные и инструментальные исследования в объеме превышающий предусмотренный Программой добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС ПЛЮС».

7. Лазеротерапия; хирургическое лазеролечение, в т.ч. ЭВЛК, использование радиоволнового скальпеля; электрофотомагнитостимуляция; склеротерапия; озонотерапия; гипокситерапия; гипербарическая оксигенация; галотерапия; гидроколонотерапия; бальнеолечение, хирургические методы лечения хронического геморроя, артроскопия.

8. Экстракорпоральные методы лечения, (за исключением случаев проведения экстракорпорального воздействия на кровь и её компоненты по жизненным показаниям при нахождении больного в отделении реанимации), УФО крови, лимфопресс.

9. Медицинское освидетельствование с целью оформления документов на МСЭК, справок для получения водительских прав, разрешения на ношения оружия, выезда за рубеж, посещения спортивно-оздоровительных мероприятий, бассейна, поступления в учебные заведения, санаторно-курортных справок и карт, медицинской карты в учебные заведения; диспансеризация и т.п.

10. Иммунопрофилактика, иммунотерапия, включая специфическую иммунотерапию.

11. Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, диагностика и лечение бесплодия и др.).

12. Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и дородовым наблюдением.

13. Ведение беременности, родовспоможение, послеродовый период, а также осложнения, связанные с ними.

14. Прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности (за исключением случаев самопроизвольного прерывания беременности, внематочной беременности), патология беременности, преждевременные роды, а также осложнения, связанные с ними.

15. Диагностика и лечение сексуальных расстройств.

16. Диагностические исследования, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного; все виды протезирования; коррекция веса, речи, зрения, слуха.

17. Профилактические и оздоровительные мероприятия: профилактический массаж, тренажеры, солярий, ЛФК в бассейне и пр.

18. Обследование и лечение в дневном стационаре, стационаре дневного пребывания; плановая стационарная помощь.

19. Медицинские услуги, связанные с подготовкой к плановой госпитализации.

20. Санаторно-курортное лечение.

21. Медицинская помощь специалистов на дому.

22. Стоматологическое лечение (за исключением видов медицинских услуг, указанных в п. 1.2. Программы добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС ПЛЮС».

23. Расходы Застрахованного на приобретение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения; медицинского оборудования; медицинских изделий, предназначенных для ухода за больным и т.п.; корригирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений: имплантатов; протезов; слуховых аппаратов; очков, контактных линз; корсетов, костылей, стелек и др., а также расходы на их подбор и подгонку.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС ПЛЮС» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

17. Программа добровольного медицинского страхования «Полис Студенческий»

Страховым случаем является:

-обращение Застрахованного за Медицинской помощью в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую и/или стационарную и/или стоматологическую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении;

- услуги, связанные с репатриацией Застрахованного.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «ПОЛИС Студенческий»:

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь:

1.1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников по следующим специальностям:

- аллергология и иммунология;
- гастроэнтерология;
- гинекология;
- дерматовенерология;
- инфекционные болезни;
- кардиология;
- мануальная терапия;
- неврология;
- нефрология;
- отоларингология;
- офтальмология;
- пульмонология;
- терапия;

- травматология и ортопедия;
- урология;
- физиотерапия;
- хирургия;
- эндокринология;
- эндоскопия.

До установления диагноза:
- гематология;
- кардиохирургия;
- онкология;
- ревматология;
- сосудистая хирургия;
- фтизиатрия.

1.1.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):
- бактериологические (первичное исследование на кишечные инфекции и дифтерию);
- биохимические;
- гормональные (только гормоны щитовидной железы);
- клинические;
- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации);
- цитологические.

1.1.3. Инструментальные методы лечения и исследования (по медицинским показаниям):
- рентгенологические;
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

1.1.4. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):
- классический лечебный массаж (до 5 сеансов в течение срока действия Договора страхования, при обязательном письменном согласовании со Страховщиком);
- мануальная терапия (до 2 сеансов в течение срока действия Договора страхования, при обязательном письменном согласовании со Страховщиком);
- физиотерапевтические методы лечение (до 10 сеансов в течение срока действия Договора страхования, при обязательном письменном согласовании со Страховщиком).

Страховщик также организует Застрахованным Медицинскую помощь на дому с привлечением необходимых специалистов.

1.2. Стационарная помощь:

1.2.1. Неплановая госпитализация (по экстренным и неотложным показаниям) для консервативного и/или оперативного лечения.

1.2.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):
- бактериологические;
- биохимические;
- клинические;
- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям).

1.2.3. Инструментальные методы лечения и исследования (по медицинским показаниям):
- рентгенологические;
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

Неплановая госпитализация осуществляется при состоянии здоровья Застрахованного, которое характеризуется острыми признаками и симптомами, способными поставить под угрозу

жизнь Застрахованного, либо без явных признаков угрозы жизни Застрахованного и требует срочного оказания медицинской помощи в условиях стационара.

Неплановая госпитализация осуществляется в дежурную городскую больницу, с использованием услуг городской станции скорой медицинской помощи. Застрахованный или его представитель сообщает Страховщику, в какой стационар он госпитализирован.

1.3. Стоматологическая помощь:

1.3.1. Консультативные услуги врачей – стоматологов: терапевта, хирурга, пародонтолога, ортопеда.

1.3.2. Диагностические стоматологические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям: рентгенологическое обследование, радиовизиография (прицельные снимки, панорамные снимки, при обязательном письменном согласовании со Страховщиком).

1.3.3. Лечебные терапевтические мероприятия и процедуры, проводимые по медицинским показаниям (не более 3-х зубов в течение всего периода действия Договора страхования):

- лечение поверхностного, среднего, глубокого кариеса с применением материалов световой полимеризации - 12 фронтальных зубов; с применением материалов химической полимеризации – остальных зубов;

- лечение острого или хронического пульпита, хронического периодонтита в стадии обострения, включая все виды прокладок (кроме зубов с коронкой, разрушенной более чем на ½), механическая и медикаментозная обработка каналов, пломбирование каналов с применением материалов световой полимеризации - 12 фронтальных зубов; с применением материалов химической полимеризации – остальных зубов.

1.3.4. Лечебные хирургические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям:

- удаление зубов (кроме ретинированных и дистопированных и сверхкомплектных зубов), наложение швов, перевязка после удаления, кровоостанавливающая антисептическая повязка после удаления, разрезы при периоститах, вскрытие абсцессов, дренирование, операция иссечения «капюшона».

1.3.5. Анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая анестезия) не более 2-х видов при лечении.

1.4. Репатриация:

1.4.1. Транспортировка, адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством, либо его тела, в случае смерти Застрахованного, включая бальзамирование, цинковый контейнер, перевозку тела.

II. Ограничения по Программе добровольного медицинского страхования «ПОЛИС Студенческий»:

В случае необходимости получения «второго мнения», допускается обращение в связи с одним случаем заболевания не более чем к двум врачам-специалистам.

III. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «ПОЛИС Студенческий»:

3.1. Медицинская помощь, связанная со следующими заболеваниями и их осложнениями, после установления первичного диагноза:

3.1.1. Туберкулез.

3.1.2. Муковисцидоз.

3.1.3. Системные заболевания соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы, ревматизм; подагра.

3.1.4. Болезни эндокринной системы (гипотериоз и др.), расстройства питания и нарушения обмена веществ.

3.1.5. Сахарный диабет I и II типа.

3.1.6. Бронхиальная астма.

3.1.7. Заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью; хронический гепатит, цирроз печени.

3.1.8. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной недостаточностью; амилоидоз.

3.1.9. Заболевания (инфекции), передающиеся преимущественно половым путем (сифилис, гонорея, трихомониаз, урогенитальная герпетическая инфекция, хламидийная, микоплазменная, уреаплазменная инфекции).

3.1.10. Дегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы, параличи, эпилепсия, психические расстройства.

Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника и суставов (остеохондроз, остеоартрит, остеоартроз, гонартроз и др.).

3.1.11. Варикозное расширение вен.

3.1.12. ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты, цитомегаловирусная инфекция.

3.1.13. Особо опасные инфекции; нейроинфекции; высококонтагиозные инфекционные заболевания.

3.1.14. Псориаз, микозы, экзема, нейродермит, контагиозный моллюск, папилломы, кандиломы, бородавки, мозоли, вросший ноготь, невусы, дерматиты, чесотка, педикулёз, паразитарные болезни.

3.1.15. Аномалия рефракции (миопия, гиперметропия, астигматизм); угасание функции аккомодации (пресбиопия); глаукома; возрастная и осложненная катаракта; косоглазие; демодекоз; хориоретинальные дистрофии.

3.1.16. Хромосомные нарушения и врожденные пороки развития.

3.1.17. Лучевая болезнь.

3.1.18. Профессиональные заболевания.

3.1.19. Злокачественные новообразования (в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей); доброкачественные новообразования (кисты, миомы др.).

3.1.20. Заболевания крови: анемия, тромбоцитопения и др.

3.1.21. Заболевания сердца, сосудов, нервной системы, требующие хирургического вмешательства, включая установку искусственного водителя ритма, аорто-коронарное шунтирование (АКШ), стентирование любых сосудов, коррекцию пороков сердца и др.

3.1.22. Заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, имплантации и протезирования, пластическая хирургия.

3.1.23. Заболевания или иные расстройства здоровья, полученные в состоянии или вследствие наркотического, алкогольного, токсического опьянения.

3.2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не предусмотренную Договором страхования (Полисом).

3.3. Обращение за Медицинской помощью по истечении срока действия Договора страхования (Полиса).

3.4. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

3.5. Приемы и лечение у специалистов, не перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «ПОЛИС Студенческий».

3.6. Приемы и лечение у специалистов, имеющих ученую степень и звания.

3.7. Лабораторные и инструментальные исследования в объеме превышающий предусмотренный Программой добровольного медицинского страхования «ПОЛИС Студенческий».

3.8. Лазеротерапия; хирургическое лазеролечение, в т.ч. ЭВЛК, использование радиоволнового скальпеля; электрофотомагнитостимуляция; склеротерапия; озонотерапия; гипокситерапия; гипербарическая оксигенация; галотерапия; гидроколонотерапия; бальнеолечение хирургические методы лечения хронического геморроя, артроскопия.

3.9. Экстракорпоральные методы лечения, (за исключением случаев проведения экстракорпорального воздействия на кровь и её компоненты по жизненным показаниям при нахождении больного в отделении реанимации), УФО крови, лимфопресс.

3.10. Медицинское освидетельствование с целью оформления документов на МСЭК, справок для получения водительских прав, разрешения на ношения оружия, выезда за рубеж, посещения спортивно-оздоровительных мероприятий, бассейна, поступления в учебные

заведения, санаторно-курортных справок и карт, медицинской карты в учебные заведения; диспансеризация и т.п.

3.11. Иммунопрофилактика, иммунотерапия, включая специфическую иммунотерапию.

3.12. Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностику бесплодия и др.).

3.13. Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и дородовым наблюдением.

3.14. Ведение беременности, родовспоможение, послеродовый период, а также осложнения, связанные с ними.

3.15. Прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности (за исключением случаев самопроизвольного прерывания беременности, внематочной беременности), патология беременности, преждевременные роды, осложнения, связанные с прерыванием беременности, а также осложнения, связанные с ними.

3.16. Диагностика и лечение сексуальных расстройств.

3.17. Диагностические исследования, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного; все виды протезирования; коррекция веса, речи, зрения, слуха.

3.18. Профилактические и оздоровительные мероприятия: профилактический массаж, тренажеры, солярий, ЛФК в бассейне и пр.

3.19. Обследование и лечение в дневном стационаре, в т.ч. в стационаре дневного пребывания; плановая стационарная помощь.

3.20. Медицинские услуги, связанные с подготовкой к плановой госпитализации.

3.21. Санаторно-курортное лечение.

3.22. Предоставление снимков, запись снимков на диски и т.п.

3.23. Расходы на приобретение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения; медицинского оборудования; медицинских изделий, предназначенных для ухода за больным и т.п.; корригирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений: имплантатов; протезов; слуховых аппаратов; очков, контактных линз; корсетов, костылей, стелек и др., а также расходы на их подбор и подгонку.

3.24. Расходы по подготовке тела в соответствии с религиозными обычаями, сопровождению гроба с телом во время перевозки, организации похорон, траурной церемонии, кремированию, погребению, установки надгробных сооружений.

3.25. Следующие виды стоматологического лечения:

- замена пломб по профилактическим и косметическим показаниям;
- лечение с использованием пломб или вкладки МОД;
- восстановление коронковой части зуба, разрушенной более чем на ½ пломбировочными материалами, применение анкерных, парапульпарных и стекловолоконных штифтов (микропротезирование);
- перелечивание зубов, ранее леченных эндодонтически;
- реминерализирующая терапия, запечатывание фиссур зуба герметиком, покрытие зубов фторсодержащими препаратами;
- протезирование и подготовка к нему;
- ортодонтическое лечение; дентальная имплантация;
- удаление зубов ретинированных, дистопированных и сверхкомплектных зубов;
- плановые хирургические вмешательства, в том числе и с диагностической целью;
- лечение хронических периодонтитов вне стадии обострения;
- лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта;
- условное лечение зуба;
- пародонтологическое лечение, в том числе и хирургическая парадонтология;
- снятие зубных отложений;
- отбеливание зубов, полировка, «Air- Flow»;

- предоставление снимков, запись снимков на диски и т.п.;
- использование изолирующих систем (коффердам, раббердам и др.).

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «ПОЛИС Студенческий» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

18. Программа добровольного медицинского страхования «Полис Студенческий ПЛЮС»

Страховым случаем является:

-обращение Застрахованного за Медицинской помощью в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую и/или стационарную и/или стоматологическую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении;

- обращение Застрахованного в Медицинскую организацию за Медицинскими услугами, связанными с медицинским осмотром Застрахованного;
- услуги, связанные с репатриацией Застрахованного.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «ПОЛИС Студенческий ПЛЮС»:

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь:

1.1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников по следующим специальностям:

- аллергология и иммунология;
- гастроэнтерология;
- гинекология;
- дерматовенерология;
- инфекционные болезни;
- кардиология;
- мануальная терапия;
- неврология;
- нефрология;
- отоларингология;
- офтальмология;
- пульмонология;
- терапия;
- травматология и ортопедия;
- урология;
- физиотерапия;
- хирургия;
- эндокринология;
- эндоскопия.

До установления диагноза:

- гематология;
- кардиохирургия;
- онкология;
- ревматология;
- сосудистая хирургия;
- фтизиатрия.

1.1.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- бактериологические (первичное исследование на кишечные инфекции и дифтерию);
- биохимические;
- гормональные (только гормоны щитовидной железы);
- клинические;

- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации);

- цитологические.

1.1.3. Инструментальные методы лечения и исследования (по медицинским показаниям):

- рентгенологические;

- ультразвуковые;

- функциональные;

- эндоскопические.

1.1.4. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):

- классический лечебный массаж (до 5 сеансов в течение срока действия Договора страхования, при обязательном письменном согласовании со Страховщиком);

- мануальная терапия (до 2 сеансов в течение срока действия Договора страхования, при обязательном письменном согласовании со Страховщиком);

- физиотерапевтические методы лечение (до 10 сеансов в течение срока действия Договора страхования, при обязательном письменном согласовании со Страховщиком).

Страховщик также организует Застрахованным Медицинскую помощь на дому с привлечением необходимых специалистов.

1.2. Стационарная помощь:

1.2.1. Неплановая госпитализация (по экстренным и неотложным показаниям) для консервативного и/или оперативного лечения.

1.2.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- бактериологические;

- биохимические;

- клинические;

- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям).

1.2.3. Инструментальные методы лечения и исследования (по медицинским показаниям):

- рентгенологические;

- ультразвуковые;

- функциональные;

- эндоскопические.

Неплановая госпитализация осуществляется при состоянии здоровья Застрахованного, которое характеризуется острыми признаками и симптомами, способными поставить под угрозу жизнь Застрахованного, либо без явных признаков угрозы жизни Застрахованного и требует срочного оказания медицинской помощи в условиях стационара.

Неплановая госпитализация осуществляется в дежурную городскую больницу, с использованием услуг городской станции скорой медицинской помощи. Застрахованный или его представитель сообщает Страховщику, в какой стационар он госпитализирован.

1.3. Стоматологическая помощь:

1.3.1. Консультативные услуги врачей – стоматологов: терапевта, хирурга, пародонтолога, ортопеда.

1.3.2. Диагностические стоматологические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям: рентгенологическое обследование, радиовизиография (прицельные снимки, панорамные снимки, при обязательном письменном согласовании со Страховщиком).

1.3.3. Лечебные терапевтические мероприятия и процедуры, проводимые по медицинским показаниям (не более 3-х зубов в течение всего периода действия Договора страхования):

- лечение поверхностного, среднего, глубокого кариеса с применением материалов световой полимеризации - 12 фронтальных зубов; с применением материалов химической полимеризации – остальных зубов;

- лечение острого или хронического пульпита, хронического периодонтита в стадии обострения, включая все виды прокладок (кроме зубов с коронкой, разрушенной более чем на

½), механическая и медикаментозная обработка каналов, пломбирование каналов с применением материалов световой полимеризации - 12 фронтальных зубов; с применением материалов химической полимеризации – остальных зубов.

1.3.4. Лечебные хирургические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям:

- удаление зубов (кроме ретинированных и дистопированных и сверхкомплектных зубов), наложение швов, перевязка после удаления, кровоостанавливающая антисептическая повязка после удаления, разрезы при периоститах, вскрытие абсцессов, дренирование, операция иссечения «капюшона».

1.3.5. Анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая анестезия) не более 2-х видов при лечении.

1.4. Проведение медицинских осмотров (не более 2-х медицинских осмотров в течение срока действия Договора страхования):

1.4.1. Приемы врачей-специалистов, лабораторные и инструментальные исследования.

1.5. Репатриация:

1.5.1. Транспортировка, адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством, либо его тела, в случае смерти Застрахованного, включая бальзамирование, цинковый контейнер, перевозку тела.

II. Ограничения по Программе добровольного медицинского страхования «ПОЛИС Студенческий ПЛЮС»:

В случае необходимости получения «второго мнения», допускается обращение в связи с одним случаем заболевания не более чем к двум врачам-специалистам.

III. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «ПОЛИС Студенческий ПЛЮС»:

3.1. Медицинская помощь, связанная со следующими заболеваниями и их осложнениями, после установления первичного диагноза:

3.1.1. Туберкулез.

3.1.2. Муковисцидоз.

3.1.3. Системные заболевания соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы, ревматизм; подагра.

3.1.4. Болезни эндокринной системы (гипотериоз и др.), расстройства питания и нарушения обмена веществ.

3.1.5. Сахарный диабет I и II типа.

3.1.6. Бронхиальная астма.

3.1.7. Заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью; хронический гепатит, цирроз печени.

3.1.8. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной недостаточностью; амилоидоз.

3.1.9. Заболевания (инфекции), передающиеся преимущественно половым путем (сифилис, гонорея, трихомониаз, урогенитальная герпетическая инфекция, хламидийная, микоплазменная, уреаплазменная инфекции).

3.1.10. Дегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы, параличи, эпилепсия, психические расстройства.

Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника и суставов (остеохондроз, остеоартрит, остеоартроз, гонартроз и др.).

3.1.11. Варикозное расширение вен.

3.1.12. ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты, цитомегаловирусная инфекция.

3.1.13. Особо опасные инфекции; нейроинфекции; высококонтагиозные инфекционные заболевания.

3.1.14. Псориаз, микозы, экзема, нейродермит, контагиозный моллюск, папилломы, кандиломы, бородавки, мозоли, вросший ноготь, невусы, дерматиты, чесотка, педикулёз, паразитарные болезни.

3.1.15. Аномалия рефракции (миопия, гиперметропия, астигматизм); угасание функции аккомодации (пресбиопия); глаукома; возрастная и осложненная катаракта; косоглазие; демодекоз; хориоретинальные дистрофии.

3.1.16. Хромосомные нарушения и врожденные пороки развития.

3.1.17. Лучевая болезнь.

3.1.18. Профессиональные заболевания.

3.1.19. Злокачественные новообразования (в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей); доброкачественные новообразования (кисты, миомы др.).

3.1.20. Заболевания крови: анемия, тромбоцитопения и др.

3.1.21. Заболевания сердца, сосудов, нервной системы, требующие хирургического вмешательства, включая установку искусственного водителя ритма, аорто-коронарное шунтирование (АКШ), стентирование любых сосудов, коррекцию пороков сердца и др.

3.1.22. Заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, имплантации и протезирования, пластическая хирургия.

3.1.23. Заболевания или иные расстройства здоровья, полученные в состоянии или вследствие наркотического, алкогольного, токсического опьянения.

3.2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не предусмотренную Договором страхования (Полисом).

3.3. Обращение за Медицинской помощью по истечении срока действия Договора страхования (Полиса).

3.4. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

3.5. Приемы и лечение у специалистов, не перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «ПОЛИС Студенческий ПЛЮС».

3.6. Приемы и лечение у специалистов, имеющих ученую степень и звания.

3.7. Лабораторные и инструментальные исследования в объеме превышающий предусмотренный Программой добровольного медицинского страхования «ПОЛИС Студенческий ПЛЮС».

3.8. Лазеротерапия; хирургическое лазеролечение, в т.ч. ЭВЛК, использование радиоволнового скальпеля; электрофотомагнитостимуляция; склеротерапия; озонотерапия; гипокситерапия; гипербарическая оксигенация; галотерапия; гидроколонотерапия; бальнеолечение хирургические методы лечения хронического геморроя, артроскопия.

3.9. Экстракорпоральные методы лечения, (за исключением случаев проведения экстракорпорального воздействия на кровь и её компоненты по жизненным показаниям при нахождении больного в отделении реанимации), УФО крови, лимфопресс.

3.10. Медицинское освидетельствование с целью оформления документов на МСЭК, справок для получения водительских прав, разрешения на ношения оружия, выезда за рубеж, посещения спортивно-оздоровительных мероприятий, бассейна, поступления в учебные заведения, санаторно-курортных справок и карт, медицинской карты в учебные заведения; диспансеризация и т.п.

3.11. Иммунопрофилактика, иммунотерапия, включая специфическую иммунотерапию.

3.12. Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностику бесплодия и др.).

3.13. Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и дородовым наблюдением.

3.14. Ведение беременности, родовспоможение, послеродовый период, а также осложнения, связанные с ними.

3.15. Прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности (за исключением случаев самопроизвольного прерывания беременности, внематочной беременности), патология беременности, преждевременные роды, осложнения, связанные с прерыванием беременности, а также осложнения, связанные с ними.

3.16. Диагностика и лечение сексуальных расстройств.

3.17. Диагностические исследования, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного; все виды протезирования; коррекция веса, речи, зрения, слуха.

3.18. Профилактические и оздоровительные мероприятия: профилактический массаж, тренажеры, солярий, ЛФК в бассейне и пр.

3.19. Обследование и лечение в дневном стационаре, в т.ч. в стационаре дневного пребывания; плановая стационарная помощь.

3.20. Медицинские услуги, связанные с подготовкой к плановой госпитализации.

3.21. Санаторно-курортное лечение.

3.22. Предоставление снимков, запись снимков на диски и т.п.

3.23. Расходы на приобретение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения; медицинского оборудования; медицинских изделий, предназначенных для ухода за больным и т.п.; корригирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений: имплантатов; протезов; слуховых аппаратов; очков, контактных линз; корсетов, костылей, стелек и др., а также расходы на их подбор и подгонку.

3.24. Расходы по подготовке тела в соответствии с религиозными обычаями, сопровождению гроба с телом во время перевозки, организации похорон, траурной церемонии, кремированию, погребению, установки надгробных сооружений.

3.25. Следующие виды стоматологического лечения:

- замена пломб по профилактическим и косметическим показаниям;
- лечение с использованием пломб или вкладки МОД;
- восстановление коронковой части зуба, разрушенной более чем на ½ пломбировочными материалами, применение анкерных, парапульпарных и стекловолоконных штифтов (микропротезирование);
- перелечивание зубов, ранее леченных эндодонтически;
- реминерализирующая терапия, запечатывание фиссур зуба герметиком, покрытие зубов фторсодержащими препаратами;
- протезирование и подготовка к нему;
- ортодонтическое лечение; дентальная имплантация;
- удаление зубов ретинированных, дистопированных и сверхкомплектных зубов;
- плановые хирургические вмешательства, в том числе и с диагностической целью;
- лечение хронических периодонтитов вне стадии обострения;
- лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта;
- условное лечение зуба;
- пародонтологическое лечение, в том числе и хирургическая парадонтология;
- снятие зубных отложений;
- отбеливание зубов, полировка, «Air- Flow»;
- предоставление снимков, запись снимков на диски и т.п.;
- использование изолирующих систем (коффердам, раббердам и др.).

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «ПОЛИС Студенческий ПЛЮС» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

19. Программа добровольного медицинского страхования «ОНКОСТОП»

Страховым случаем является обращение Застрахованного в Медицинскую и/или Иную организацию из числа предусмотренных Договором страхования за Медицинской помощью в случае впервые установленного в течение срока действия Договора страхования и в период страхования:

- злокачественного новообразования, относящегося к С00-С97 по МКБ-10 (за исключением С44-эпителиальных опухолей кожи, С91.1-хронического лимфоцитарного лейкоза и любых новообразований на фоне заболевания ВИЧ);

- новообразования головного мозга, относящегося к D32, D33.0-D33.3, D42, D43.0-D43.3 по МКБ-10 (за исключением любых новообразований на фоне заболевания ВИЧ).

На страхования принимаются лица в возрасте до 60 лет включительно на дату заключения Договора (Полиса) страхования, у которых в анамнезе отсутствуют случаи онкологических заболеваний.

II. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «ОНКОСТОП».

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь (в т.ч. связанная с догоспитальной подготовкой):

1.1.1. Приемы, консультации врачей (в т.ч. процедуры и манипуляции) по следующим профилям:

- анестезиология и реаниматология;
- восстановительная медицина;
- гастроэнтерология;
- гематология;
- генетика;
- гинекология;
- дерматовенерология;
- кардиология;
- колопроктологияя;
- неврология;
- нейрохирургия;
- нефрология;
- онкология;
- отоларингология;
- офтальмология;
- педиатрия;
- пластическая хирургия;
- пульмонология;
- радиология;
- сердечно-сосудистая хирургия;
- терапия;
- торакальная хирургия;
- травматология и ортопедия;
- трансфузиология;
- урология;
- физиотерапия;
- хирургия;
- челюстно-лицевая хирургия;
- эндокринология;
- эндоскопия.

1.1.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- биохимические;
- гистологические;
- иммунологические;
- микробиологические;
- общеклинические;
- серологические;
- цитологические.

1.1.3. Инструментальные методы лечения и исследования (по медицинским показаниям):

- лучевые (в том числе компьютерная томография, позитронно-эмиссионная томография, радиоизотопные исследования);

- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

1.1.4. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):
- классический лечебный массаж;
- лечебная физкультура;
- традиционные методы лечения;
- физиотерапевтические методы лечение.

1.1.5. Диспансерное наблюдение Застрахованного, после лечения организованного Страховщиком.

1.2. Стационарная помощь (в том числе дневной стационар):

1.2.1. Консервативные (в том числе химиотерапия, лучевая терапия) и/или оперативные методы лечения (в том числе трансплантация костного мозга (при лечении лимфомы или лейкоза), реконструктивно-пластические операции после удаления молочной железы (мастэктомии), организованной Страховщиком).

1.2.2. Приемы и консультации врачей (в т.ч. процедуры и манипуляции) по следующим профилям:
- анестезиология и реаниматология;
- восстановительная медицина;
- гастроэнтерология;
- гематология;
- генетика;
- гинекология;
- дерматовенерология;
- кардиология;
- колопроктологияя;
- неврология;
- нейрохирургия;
- нефрология;
- онкология;
- отоларингология;
- офтальмология;
- педиатрия;
- пульмонология;
- пластическая хирургия;
- радиология;
- сердечно-сосудистая хирургия;
- терапия;
- торакальная хирургия;
- травматология и ортопедия;
- трансфузиология;
- урология;
- физиотерапия;
- хирургия;
- челюстно-лицевая хирургия;
- эндокринология;
- эндоскопия.

1.2.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):
- общеклинические;
- биохимические;
- микробиологические;
- иммунологические;

- серологические;
- цитологические;
- гистологические.

1.2.3. Инструментальные методы лечения и исследования (по медицинским показаниям):
- лучевые;
- радиоизотопные исследования;
- функциональные;
- эндоскопические.

1.2.4. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):
- физиотерапевтические методы лечение;
- традиционные методы лечения;
- классический лечебный массаж;
- лечебная физкультура.

II. Дополнительные опции:

2.1. Послеоперационный индивидуальный медицинский пост (если данная услуга предоставляется Медицинской организацией, в которой Застрахованному было оказано оперативное лечение).

2.2. «Второе мнение» - повторное заключение о состоянии здоровья Застрахованного, по результатам оценки медицинской документации, на основании которой был установлен первичный диагноз.

2.3. Медико-транспортные услуги – услуги, связанные с транспортировкой адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством в Медицинскую организацию и/или из Медицинской организации до места постоянного проживания Застрахованного (в сопровождении медицинского персонала - при наличии медицинских показаний).

2.4. Паллиативная помощь в условиях хосписа.

2.5. Репатриация тела Застрахованного, предоставляется в случае, если смерть наступила в период получения Застрахованным медицинской помощи, организованной Страховщиком. Репатриация включает бальзамирование, цинковый контейнер, перевозку тела.

III. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «ОНКОСТОП»:

3.1. Медицинские услуги, не назначенные врачом или не согласованные со Страховщиком.

3.2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не предусмотренную Договором (Полисом) страхования или не согласованную Страховщиком.

3.3. Обращение за Медицинской помощью по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

3.4. Обращение за Медицинской помощью, по поводу лечения заболеваний, не являющихся Страховым случаем.

3.5. Обращение за Медицинской помощью, по поводу лечения заболеваний, являющихся Страховым случаем, но установленным до вступления договора страхования в силу и до начала периода страхования.

3.6. Обращение за Медицинской помощью, не предусмотренной настоящей Программой страхования.

3.7. Обращение за Медицинской помощью, по поводу лечения хронического лимфоцитарного лейкоза.

3.8. Лечение, являющееся экспериментальным или исследовательским.

3.9. Расходы по подготовке тела в соответствии с религиозными обычаями, сопровождению гроба с телом во время перевозки, организации похорон, траурной церемонии, кремированию, погребению, установки надгробных сооружений.

IV. Условия предоставления услуг:

4.1. При заключении Договора страхования по Программе добровольного медицинского страхования «ОНКОСТОП» без предварительного медицинского обследования устанавливается

Выжидательный период - 180 дней. Период страхования начинается через 180 дней с даты заключения Договора страхования и действует 12 месяцев.

При заключении Договора страхования по Программе добровольного медицинского страхования «ОНКОСТОП» с проведением предварительного медицинского обследования период страхования начинается с даты заключения Договора страхования и действует 12 месяцев.

Объем медицинского обследования и Медицинская организация, в которой осуществляется обследование Застрахованного определяется Страховщиком.

4.2. Территория оказания медицинской помощи – Российская Федерация.

Услуга «Второе мнение» может быть организована по усмотрению Страховщика с участием практикующих врачей-специалистов зарубежных Медицинских организаций.

4.3. Страховщик оставляет за собой право в выборе Медицинской организации в каждом конкретном случае при организации лечения.

4.4. При наступлении Страхового случая Застрахованный либо его законный представитель, либо лицо, действующее по доверенности, направляют любым доступным способом (по электронной почте, по факсу, почтовым отправлением) Страховщику письменное извещение об установлении Застрахованному первичного диагноза, являющегося Страховым случаем с указанием:

- ФИО (полностью) Застрахованного;
- диагноза заболевания;
- наименования Медицинской организации, в которой установлен диагноз;
- даты установления диагноза.

К письменному извещению Застрахованный либо его законный представитель, либо лицо, действующее по доверенности, в обязательном порядке прилагают:

- при злокачественных новообразованиях: «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» (форма 090/У0 или выписку из «Информационно-аналитической системы «Канцер-регистр»,
- при новообразованиях головного мозга – выписку из медицинской документации Застрахованного, содержащую информацию о диагнозе заболевания по МКБ-10 и указанием даты установления диагноза;
- в случае обращения законного представителя либо лица по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

4.5. Для организации Медицинской помощи Застрахованный либо его законный представитель, либо лицо, действующее по доверенности, предоставляет Страховщику следующие документы:

- копия паспорта/документа, удостоверяющего личность;
- копия Договора (Полиса) страхования;
- согласие на обработку персональных данных Застрахованного (Приложение № 2 к Программе добровольного медицинского страхования «ОНКОСТОП»);
- выписку из медицинской документации, подписанную лечащим врачом, заверенную его личной печатью и печатью Медицинской организации, содержащую: диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения;
- направление на госпитализацию (для организации стационарной помощи), с обоснованием необходимости оказания стационарной помощи.

Страховщик оставляет за собой право, при необходимости, запрашивать другую медицинскую документацию Застрахованного, в том числе сведения о ранее проводившихся обследованиях, диспансеризациях, госпитализациях, результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, включая радиологические (диски/описания), патоморфологические исследования (стекла/блоки) и др;

- в случае обращения законного представителя либо лица по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

4.6. После получения всей необходимой медицинской документации организация медицинской помощи осуществляется в течение:

14-ти рабочих дней – получения услуги «Второе мнение». В сложных случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций, передача заключения Застрахованному лицу может занять до 30-ти рабочих дней с момента, после получения всей необходимой информации;

от 5-ти до 30-ти рабочих дней – амбулаторно-поликлиническая помощь;

от 5-ти до 30-ти рабочих дней – стационарная помощь.

4.8. Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «ОНКОСТОП» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

4.9. Программой страхования предусмотрены лимиты ответственности:

- по диагнозу Ca In Situ –
- стоимость имплантов –
- индивидуальный медицинский пост –
- паллиативная помощь в условиях хосписа –

20. Программа добровольного медицинского страхования «ОНКОСТОП I»

Страховым случаем является обращение Застрахованного в Медицинскую организацию из числа предусмотренных Договором страхования за Медицинской помощью либо обращение к Страховщику для возмещения понесенных расходов за полученную Медицинскую помощь, в случае впервые установленного в течение срока действия Договора страхования и в период страхования:

- злокачественного новообразования, относящегося к С00-С97 по МКБ-10 (за исключением С44-эпителиальных опухолей кожи, С91.1-хронического лимфоцитарного лейкоза и любых новообразований на фоне заболевания ВИЧ);
- новообразования головного мозга, относящегося к D32, D33.0-D33.3, D42, D43.0-D43.3 по МКБ-10 (за исключением любых новообразований на фоне заболевания ВИЧ).

На страхования принимаются лица в возрасте до 60 лет включительно на дату заключения Договора (Полиса) страхования, у которых в анамнезе отсутствуют случаи онкологических заболеваний.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «ОНКОСТОП I».

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь (в т.ч. связанная с догоспитальной подготовкой):

1.1.1. Приемы, консультации врачей (в т.ч. процедуры и манипуляции) по следующим профилям:

- гастроэнтерология;
- гематология;
- гинекология;
- дерматовенерология;
- кардиология;
- колопроктологияя;
- неврология;
- нейрохирургия;
- нефрология;
- онкология;
- отоларингология;
- офтальмология;
- педиатрия;
- пульмонология;
- радиология;
- терапия;

- торакальная хирургия;
- травматология и ортопедия;
- трансфузиология;
- урология;
- физиотерапия;
- хирургия;
- эндокринология;
- эндоскопия.

1.1.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):
- биохимические;
- гистологические;
- иммунологические;
- микробиологические;
- общеклинические;
- серологические;
- цитологические.

1.1.3. Инструментальные методы исследования (по медицинским показаниям):
- лучевые (в том числе компьютерная томография, позитронно-эмиссионная томография, радиоизотопные исследования);
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

II. Условия предоставления услуг:

2.1. При заключении Договора страхования по Программе добровольного медицинского страхования «ОНКОСТОП I» без предварительного медицинского обследования устанавливается Выжидательный период - 180 дней. Период страхования начинается через 180 дней с даты заключения Договора страхования и действует 12 месяцев.

При заключении Договора страхования по Программе добровольного медицинского страхования «ОНКОСТОП I» с проведением предварительного медицинского обследования период страхования начинается с даты заключения Договора страхования и действует 12 месяцев.

Объем медицинского обследования и Медицинская организация, в которой осуществляется обследование Застрахованного определяется Страховщиком.

2.2. Территория оказания медицинской помощи – Российская Федерация.

Услуга «Второе мнение» может быть организована по усмотрению Страховщика с участием практикующих врачей-специалистов зарубежных Медицинских организаций.

2.3. Страховщик оставляет за собой право в выборе Медицинской организации в каждом конкретном случае при организации лечения.

2.4. При наступлении Страхового случая Застрахованный либо его законный представитель, либо лицо, действующее по доверенности, направляют любым доступным способом (по электронной почте, по факсу, почтовым отправлением) Страховщику письменное извещение об установлении Застрахованному первичного диагноза, являющегося Страховым случаем с указанием:
- ФИО (полностью) Застрахованного;
- диагноза заболевания;
- наименования Медицинской организации, в которой установлен диагноз;
- даты установления диагноза.

К письменному извещению Застрахованный либо его законный представитель, либо лицо, действующее по доверенности, в обязательном порядке прилагают:
- при злокачественных новообразованиях: «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» (форма 090/У0 или выписку из «Информационно-аналитической системы «Канцер-регистр»,

- при новообразованиях головного мозга – выписку из медицинской документации Застрахованного, содержащую информацию о диагнозе заболевания по МКБ-10 и указанием даты установления диагноза;

- в случае обращения законного представителя либо лица по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

2.5. Для организации Медицинской помощи Застрахованный либо его законный представитель, либо лицо, действующее по доверенности, предоставляет Страховщику следующие документы:

- копия паспорта/документа, удостоверяющего личность;

- копия Договора (Полиса) страхования;

- согласие на обработку персональных данных Застрахованного (Приложение № 2 к Программе добровольного медицинского страхования «ОНКОСТОП I»);

- выписку из медицинской документации, подписанную лечащим врачом, заверенную его личной печатью и печатью Медицинской организации, содержащую: диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения;

- направление на госпитализацию (для организации стационарной помощи), с обоснованием необходимости оказания стационарной помощи.

Страховщик оставляет за собой право, при необходимости, запрашивать другую медицинскую документацию Застрахованного, в том числе сведения о ранее проводившихся обследованиях, диспансеризациях, госпитализациях, результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, включая радиологические (диски/описания), патоморфологические исследования (стекла/блоки) и др;

- в случае обращения законного представителя либо лица по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

2.6. После получения всей необходимой медицинской документации организация медицинской помощи осуществляется в течение:

14-ти рабочих дней – получения услуги «Второе мнение». В сложных случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций, передача заключения Застрахованному лицу может занять до 30-ти рабочих дней с момента, после получения всей необходимой информации;

от 5-ти до 30-ти рабочих дней – амбулаторно-поликлиническая помощь.

2.7. Страховщик осуществляет Выплату страхового возмещения документально подтвержденных расходов Застрахованному/Страхователю либо его законному представителю, либо лицу, действующему по доверенности.

Для получения Выплаты страхового возмещения необходимо предоставить Страховщику следующие документы:

- заявление на возмещение понесенных расходов;

- копия паспорта/документа, удостоверяющего личность;

- копия Договора (Полиса) страхования;

- «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» (форма 090/У0 или выписку из «Информационно-аналитической системы «Канцер-регистр»,

- выписку из медицинской документации, подписанная лечащим врачом, заверенная его личной печатью и печатью Медицинской организации, содержащая: диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения, с описанием схемы лечения заболевания;

- платежные документы, удостоверяющие факт оплаты полученной Медицинской помощи, указанной в Разделе I Программы добровольного медицинского страхования «ОНКОСТОП I» и подтвержденные по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен в Интернет-ресурсе https://kkt-online.nalog.ru/);

- реестр оказанных Медицинских услуг, с указанием их количества и стоимости;

- в случае обращения законного представителя либо лица по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

2.8. Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «ОНКОСТОП I» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

III. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «ОНКОСТОП I»:

3.1. Медицинские услуги, не назначенные врачом или не согласованные со Страховщиком.

3.2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не предусмотренную Договором (Полисом) страхования или не согласованную Страховщиком.

3.3. Обращение за Медицинской помощью по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

3.4. Обращение за Медицинской помощью, по поводу лечения заболеваний, не являющихся Страховым случаем.

3.5. Обращение за Медицинской помощью, по поводу лечения заболеваний, являющихся Страховым случаем, но установленным до вступления договора страхования в силу и до начала периода страхования.

3.6. Обращение за Медицинской помощью, не предусмотренной настоящей Программой страхования.

3.7. Обращение за Медицинской помощью, по поводу лечения хронического лимфоцитарного лейкоза.

3.8. Лечение, являющееся экспериментальным или исследовательским.

3.9. Стационарное лечение.

21. Программа добровольного медицинского страхования «Полис Путешественника»

Страховым случаем является обращение:

- для возмещения понесенных расходов в связи с оказанием Застрахованному неотложной Медицинской помощи в течение срока действия Договора (Полиса) страхования в случае нарушения здоровья возникшего в период его нахождения на территории Российской Федерации за пределами места постоянного проживания (субъекта РФ);

- для возмещения понесенных расходов в связи с приобретением Лекарственных препаратов, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования, в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2 в период нахождения Застрахованного на территории Российской Федерации за пределами территории постоянного проживания (субъекта РФ).

На страхование принимаются лица до 65 лет включительно.

Договор страхования по Программе добровольного медицинского страхования «Полис Путешественника» вступает в силу с 00 час. 00 мин. дня, следующего за днем уплаты Страховой премии.

I. Объем неотложной Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Полис Путешественника»:

1.1. Неотложная амбулаторно-поликлиническая помощь:

1.1.1. Оказание Медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами оказания первичной медико-санитарной помощи.

1.2. Неплановая стационарная помощь (при наличии показаний):

1.2.1. Консервативное и/или оперативное лечение (сроком до 10 койко-дней) в соответствии со стандартами оказания специализированной медицинской помощи.

1.3. Неотложная стоматологическая помощь:

1.3.1. Приемы, консультации врачей-стоматологов (терапевта, хирурга);

1.3.2. Рентгенологические исследования;

1.3.3. Анестезия (инфильтрационная, проводниковая);

1.3.4. Удаление зубов простое и сложное (за исключением ретинированных, дистопированных и сверхкомплектных зубов), наложение швов, перевязка после удаления, кровоостанавливающая антисептическая повязка после удаления,

1.3.5. Вскрытие абсцессов, дренирование, разрезы при периоститах, операция иссечения «капюшона».

1.3.6. Шинирование зубов;

1.3.7. Оказание первой медицинской помощи при пульпите/периодонтите:

- наложение девитализирующей пасты;
- обеспечение оттока экссудата из периапикальной области.

1.4. Порядок предоставления неотложной Медицинской помощи.

1.4.1. В случае нарушения здоровья, требующего оказания неотложной медицинской помощи, Застрахованному необходимо самостоятельно обратиться в Медицинскую организацию для получения Медицинской помощи.

Неотложная медицинская помощь оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни Застрахованного.

1.4.2. В течение 2-3 дней после обращения за Медицинской помощью, Застрахованный либо его законный представитель, либо лицо, действующее по доверенности должны известить Страховщика о наступлении Страхового случая и сообщить в какую Медицинскую организацию обратился.

1.4.3. Оплата Медицинской помощи осуществляется Застрахованным либо его законным представителем, либо лицом, действующим по доверенности самостоятельно.

1.4.4. Страховщик осуществляет Выплату страхового возмещения документально подтвержденных расходов Застрахованному/Страхователю либо его законному представителю, либо лицу, действующему по доверенности.

Для получения Выплаты страхового возмещения необходимо предоставить Страховщику документы, перечисленные в п. 3.1. Раздела III Программы добровольного медицинского страхования «Полис Путешественника».

II. Объем Медицинской помощи в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2) по Программе добровольного медицинского страхования «Полис Путешественника»:

2.1. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением Лекарственных препаратов, назначенных лечащим врачом медицинской организации находящейся за пределами места постоянного проживания (субъекта РФ) Застрахованного при амбулаторно-поликлиническом лечении:

2.1.1. Этиотропные препараты:

- противовирусные препараты;
- интерфероны и другие иммуностимуляторы.

2.1.2. Симптоматические препараты:

- противовоспалительные и жаропонижающие препараты;
- препараты для дезинтоксикационной терапии;
- отхаркивающие препараты;
- противокашлевые препараты.

2.1.3. Препараты комплексного действия (этиотропного и симптоматического действия).

2.1.4. Антибактериальные препараты (при развитии бактериальных осложнений).

2.1.5. Антикоагулянты.

2.2. Порядок предоставления возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением Лекарственных препаратов:

2.2.1. В случае установления диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2) Застрахованный либо его представитель должен известить Страховщика в течение 2-3 дней, после установления диагноза.

2.2.2. Оплата Лекарственных препаратов осуществляется Застрахованным либо его

представителем самостоятельно.

2.2.3. Страховщик осуществляет Выплату страхового возмещения документально подтвержденных расходов, понесенных Застрахованным либо его представителем.

Для получения Выплаты страхового возмещения необходимо предоставить Страховщику документы, перечисленные в п. 3.2. Раздела III Программы добровольного медицинского страхования «Полис Путешественника».

III. Перечень документов необходимых для Выплаты страхового возмещения:

3.1. Возмещение затрат за оказанную неотложную Медицинскую помощь:

- заявление на возмещение понесенных расходов;
- копия паспорта/документа, удостоверяющего личность;
- копия Договора (Полиса) страхования;
- выписка из медицинской документации, подписанная лечащим врачом, заверенная его личной печатью и печатью Медицинской организации, содержащая: диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения, с описанием схемы лечения заболевания;
- платежные документы, удостоверяющие факт оплаты полученной Медицинской помощи, указанной в Разделе I Программы добровольного медицинского страхования «Полис Путешественника» и подтвержденные по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен в Интернет-ресурсе https://kkt-online.nalog.ru/);
- реестр оказанных Медицинских услуг, с указанием их количества и стоимости;
- в случае обращения законного представителя либо лица по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

3.2. Возмещение затрат за Лекарственные препараты:

- заявление на возмещение понесенных расходов;
- копия паспорта/документа, удостоверяющего личность;
- копия Договора (Полиса) страхования;
- выписка из медицинской документации, подписанная лечащим врачом, заверенная его личной печатью и печатью Медицинской организации, содержащая: диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения, с описанием схемы лечения заболевания и назначенных Лекарственных препаратов;
- результат лабораторного исследования, подтверждающий положительный результат на коронавирусную инфекцию, вызванную вирусом COVID-19;
- платежные документы, подтверждающие факт оплаты Лекарственных препаратов, перечисленных в п. 2.1. Раздела II Программы добровольного медицинского страхования «Полис Путешественника» и подтвержденные по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен в Интернет-ресурсе https://kkt-online.nalog.ru/);
- в случае обращения законного представителя либо лица по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

IV. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «Полис Путешественника»:

4.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

4.2. Медицинские услуги, не перечисленные в Программе добровольного медицинского страхования «Полис Путешественника».

4.3. Обращение за Медицинской помощью по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

4.4. Обращение за Медицинской помощью в Медицинскую организацию на территории места постоянного проживания (субъекта РФ).

4.5. Обращение за плановой или экстренной Медицинской помощью.

4.6. Пребывание в одноместной палате при нахождении на стационарном лечении.

4.7. Обращение за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, по поводу лечения заболевания, не являющегося Страховым случаем.

4.8. Обращение за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, по поводу лечения заболевания, являющегося Страховым случаем, но установленного до вступления Договора (Полиса) в силу.

4.9. Обращение за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, не предусмотренных Договором (Полисом) страхования.

4.10. Обращение за получением возмещения стоимости Лекарственных препаратов для лечения иного лица, чем Застрахованный.

4.11. Обращение за возмещением, в случае отсутствия документов, перечисленных в Разделе III Программы добровольного медицинского страхования «Полис Путешественника».

III. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА-ОФЕРТЫ

1. Страхователь вносит на Официальном сайте Страховщика следующую информацию:

- фамилию, имя, отчество (при наличии) Страхователя;
- дату рождения;
- адрес места регистрации (жительства);
- адрес электронной почты;
- номер телефона;
- ИНН (при наличии) (при сумме страховой премии от 15 000,00 рублей и выше);
- паспортные данные: серия, номер, кем выдан, код подразделения, дата выдачи (при сумме страховой премии от 15 000,00 рублей и выше);
- реквизиты документа, удостоверяющего личность, данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации (при сумме страховой премии от 15 000,00 рублей и выше).

В случае, если Страхователь и Застрахованный не совпадают, вышеуказанные данные заполняются также на Застрахованного.

2. Страхователь производит уплату Страховой премии по Договору (Полису) страхования на Официальном сайте Страховщика с помощью платежной системы.

3. Страхователь получает Договор (Полис) страхования на адрес электронной почты, указанный на Официальном сайте Страховщика.

4. При заключении Договора (Полиса) страхования путем принятия (акцепта) Оферты Страховщика (единовременной уплаты Страховой премии) Договор (Полис) страхования считается заключенным в электронной форме путем обмена электронными документами, передаваемыми по каналам электронной связи. Информация по Договору (Полису) страхования хранится в базе данных системы учета Договоров (Полисов) страхования Страховщика.

IV. РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

1. При досрочном прекращении Договора (Полиса) страхования по обстоятельствам, указанным в п. 1 ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации, Страховщик имеет право на часть Страховой премии (взноса) пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

2. При досрочном отказе Страхователя – физического лица от Договора (Полиса) страхования в течение 14 (Четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты Страховой премии (взноса) при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, уплаченная Страховая премия (взнос) возвращается Страхователю:

- в полном объеме при отказе от Договора (Полиса) страхования до даты начала действия страхования;
- с удержанием части Страховой премии (взноса) пропорционально сроку действия Договора (Полиса) страхования при отказе от Договора (Полиса) страхования после даты начала действия страхования.

При наличии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, уплаченная Страховая премия (взнос) возвращается Страхователю с удержанием части Страховой премии (взноса) пропорционально сроку действия Договора (Полиса) страхования, а также суммы выплаты.

Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора (Полиса) страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее 14 (Четырнадцати) календарных дней со дня его заключения.

Страховая премия (взнос) возвращается Страхователю в течение 10 (Десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора (Полиса) страхования наличными денежными средствами или в безналичном порядке.

При досрочном отказе Страхователя – физического лица от Договора (Полиса) страхования после 14 (Четырнадцати) календарных дней со дня его заключения уплаченная Страховщику Страховая премия (взнос) не подлежит возврату, если Договором (Полисом) страхования не предусмотрено иное.

3. Страховщик обеспечивает прием заявлений от Страхователя, в случае расторжения Договора страхования, по адресу: 420124, г. Казань, ул. Меридианная, 1, корпус А, офис 85 лично (либо лицом, действующим на основании доверенности) или почтовым отправлением, или через Личный кабинет Страхователя на Официальном сайте Страховщика (при наличии). В случае наличия филиала Страховщика, Страхователь может обратиться по адресу филиала лично (либо лицом, действующим на основании доверенности) (адреса филиалов указаны на официальном сайте Страховщика).

V. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Перечень и объем Медицинской помощи, оказываемой Застрахованному, определяются Программами добровольного медицинского страхования.

1. Для получения Медицинской помощи, предусмотренной Программой добровольного медицинского страхования, при наступлении Страхового случая Застрахованному необходимо:

а) обратиться в круглосуточный Контакт-центр Страховщика по номеру телефона: 8 800 100 91 11,

б) пройти идентификацию путем сообщения сведений и совершения необходимых действий, запрашиваемых оператором Контакт-центра Страховщика.

Оператор Контакт-центра организует оказание Медицинской помощи Застрахованному.

2. Для получения выплаты Страхового возмещения за полученные Медицинские услуги и/или приобретенные Лекарственные препараты, в случае, если это предусмотрено Программой добровольного медицинского страхования, Страхователю/Застрахованному необходимо обратиться по адресу: 420124, г. Казань, ул. Меридианная, 1, корпус А, офис 85 лично (либо лицу, действующим на основании доверенности) или почтовым отправлением, или через Личный кабинет Страхователя на Официальном сайте Страховщика (при наличии). Страховщик осуществляет Выплату страхового возмещения документально подтвержденных расходов Застрахованному/Страхователю. Перечень обязательных документов, указан в Программе добровольного медицинского страхования.

Приложение № 1 к Условиям страхования
при заключении Договоров (Полисов) страхования
на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед»

ПОЛИС-ОФЕРТА
«НС» **ДМСГ № _____**

Настоящий Договор страхования (далее –Договор (Полис) страхования) считается заключенным на предложенных Страховщиком условиях путем уплаты Страхователем Страховщику Страховой премии.

На основании ст. 435, 438 ГК РФ Страхователь дает согласие заключить настоящий Договор (Полис) страхования в соответствии с Условиями страхования при заключении Договоров (Полисов) страхования на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» (далее – Условия страхования), являющимися неотъемлемой частью Договора (Полиса) страхования, разработанными в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования от _____г. (далее – Правила) и Программой добровольного медицинского страхования «НС» (далее – Программа ДМС). С Правилами страхования и Условиями страхования Страхователь может ознакомиться на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» https://www.акбарсмед.рф/.

СТРАХОВЩИК: ООО «СК «АК БАРС-Мед»
Адрес:
Телефон:
Сайт:

СТРАХОВАТЕЛЬ:
ФИО:
Дата рождения:
Адрес места регистрации (жительства):
Адрес электронной почты:
Телефон:
ИНН*
Паспортные данные:*

*Обязательные поля при страховой премии от 15 000,00 руб.

ЗАСТРАХОВАННЫЙ: ☐ Страхователь ☐ Иной

_____
(ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «НС»:
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в случаях переломов конечностей, костей черепа, повреждения связок суставов, а также ушибов и сотрясения головного мозга в Медицинскую организацию (МО), оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: 1.1. Консультации врача-травматолога. 1.2. Рентгенография суставов и конечностей (по медицинским показаниям). 1.3. Наложение иммобилизирующей повязки (не ранее 7 (Семи) дней после получения травмы) из синтетического полиуретанового бинта (полимерный гипс). 1.4. Снятие иммобилизирующей повязки, из синтетического полиуретанового бинта (полимерный гипс). 1.5. Ультразвуковое исследование (УЗИ) суставов (по медицинским показаниям). 1.6. КТ или МРТ головы (по медицинским показаниям) – однократно в течение срока действия Договора (Полиса) страхования.
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____ месяцев, с «___» _____ 20 ___ г. по «___» _____ 20 ___ г. **СТРАХОВАЯ СУММА:** _____ (_____) рублей __ копеек. **СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ:** _____ (_____) рублей __ копеек. **Порядок оплаты:** единовременно, уплачено «____» _____ 20___ г. Страховая выплата осуществляется путем: - непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию; - возмещения расходов, понесенных в связи с приобретением синтетического полиуретанового бинта (полимерного гипса).

Настоящим я _____,

☐ Свободно своей волей и в своем интересе даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку моих персональных данных, с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в том числе через личный кабинет на сайте https://www.акбарсмед.рф/.

☐ Свободно своей волей и в своем интересе, являясь законным представителем (опекуном) несовершеннолетнего (недееспособного), даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку персональных данных моего (моих) несовершеннолетнего (их) ребенка (детей) (подопечного) (при наличии).

Перечень действий с персональными данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласие предоставляется в отношении следующих персональных данных: фамилию, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дату рождения, место рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения), данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без

гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии), сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, моё фотографическое изображение, изображение моей подписи и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, номера контактных телефонов и адреса электронной связи.

Цели обработки персональных данных: оказание услуг по направлению добровольного медицинского страхования и информирование меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать и получать мои персональные данные ООО «АК БАРС МЕДИЦИНА» (420107, РТ, г. Казань, ул. Островского, д. 38), ПАО «АК БАРС БАНК» (420066, РТ, г. Казань, ул. Декабристов, д. 1), ГУ «ТФОМС РТ» (420097, РТ, г. Казань, ул. Ветеринарная, д. 6) и Медицинским организациям, оказывающим медицинские услуги предусмотренные договором страхования в целях организации оказания мне медицинской помощи, а также в целях информирования меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации и в целях исключения двойной оплаты случаев оказания медицинской помощи застрахованному по настоящему Договору (Полису) страхования.

Страхователь уведомлен (-а) о необходимости незамедлительно сообщать Страховщику об изменении персональных данных с предоставлением подтверждающих документов.

Настоящее согласие предоставляется сроком с даты подписания согласия по дату письменного уведомления ООО «СК «АК БАРС-Мед» об отзыве настоящего согласия за подписью субъекта персональных данных с указанием фамилии, имени, отчества, адреса места жительства, наименования и номера основного документа, удостоверяющего личность, сведений о дате его выдачи и выдавшем его органе.

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Полис, условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования и Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги, предусмотренные договором страхования в целях организации оказания медицинской помощи ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что с Правилами страхования Страховщика и Условиями страхования можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика www.акбарсмед.рф.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами страхования и действующим законодательством РФ.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА:

_____

(Должность, фамилия и инициалы)

_____ (_____)

М.П.

_____

№ и дата доверенности

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА: «_____» _____ 20 ____ г.

ПОЛИС-ОФЕРТА
«АНТИКЛЕЩ» **ДМСГ № _____**

Настоящий Договор страхования (далее –Договор (Полис) страхования) считается заключенным на предложенных Страховщиком условиях путем уплаты Страхователем Страховщику Страховой премии.

На основании ст. 435, 438 ГК РФ Страхователь дает согласие заключить настоящий Договор (Полис) страхования в соответствии с Условиями страхования при заключении Договоров (Полисов) страхования на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» (далее – Условия страхования), являющимися неотъемлемой частью Договора (Полиса) страхования, разработанными в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования от _____г. (далее – Правила) и Программой добровольного медицинского страхования «Антиклещ» (далее – Программа ДМС). С Правилами страхования и Условиями страхования Страхователь может ознакомиться на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» https://www.акбарсмед.рф/.

СТРАХОВЩИК: ООО «СК «АК БАРС-Мед»
Адрес:
Телефон:
Сайт:

СТРАХОВАТЕЛЬ:
ФИО:
Дата рождения:
Адрес места регистрации (жительства):
Адрес электронной почты:
Телефон:
ИНН*
Паспортные данные:*

*Обязательные поля при страховой премии от 15 000,00 руб.

ЗАСТРАХОВАННЫЙ: ☐ Страхователь ☐ Иной

_____
(ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «Антиклещ»:
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в случаях укуса клеща, острого инфекционного заболевания, передающегося иксодовыми клещами (клещевой энцефалит, клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), клещевые риккетсиозы: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз) в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую и/или стационарную помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: 1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь: 1.1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников (по медицинским показаниям). 1.1.2. Мероприятия по удалению клеща в асептических условиях. 1.1.3. Введение противоклещевого иммуноглобулина или иного аналогичного Лекарственного препарата (в течение 96 часов после укуса клеща) (по медицинским показаниям). 1.1.4. Лабораторное исследование клеща с выявлением возбудителей: клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза (болезнь Лайма), клещевых риккетсиозов (гранулоцитарного анаплазмоза, моноцитарного эрлихиоза) (при условии, что клещ не поврежден и не обработан бытовыми средствами). 1.2. Стационарная помощь: 1.2.1. Лечение в специализированном отделении, с медикаментозным обеспечением сверх видов и объемов, входящих в программу обязательного медицинского страхования (в случае заболевания клещевым энцефалитом, клещевым боррелиозом (болезнь Лайма), клещевыми риккетсиозами: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз).
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____ месяцев, с «___» _____ 20 ___ г. по «___» _____ 20 ___ г. **СТРАХОВАЯ СУММА:** _____ (_____) рублей __ копеек. **СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ:** _____ (_____) рублей __ копеек. **Порядок оплаты:** единовременно, уплачено «____» _____ 20___ г. Страховая выплата осуществляется путем: - непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию; - возмещения расходов за полученные Медицинские услуги, указанные в п. 1.1. Раздела I Программы ДМС.

Настоящим я _____,

☐ Свободно своей волей и в своем интересе даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку моих персональных данных, с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в том числе через личный кабинет на сайте https://www.акбарсмед.рф/.

☐ Свободно своей волей и в своем интересе, являясь законным представителем (опекуном) несовершеннолетнего (недееспособного), даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку персональных данных моего (моих) несовершеннолетнего (их) ребенка (детей) (подопечного) (при наличии).

Перечень действий с персональными данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласие предоставляется в отношении следующих персональных данных: фамилию, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дату рождения, место рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения), данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без

гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии), сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, моё фотографическое изображение, изображение моей подписи и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, номера контактных телефонов и адреса электронной связи.

Цели обработки персональных данных: оказание услуг по направлению добровольного медицинского страхования и информирование меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать и получать мои персональные данные ООО «АК БАРС МЕДИЦИНА» (420107, РТ, г. Казань, ул. Островского, д. 38), ПАО «АК БАРС БАНК» (420066, РТ, г. Казань, ул. Декабристов, д. 1), ГУ «ТФОМС РТ» (420097, РТ, г. Казань, ул. Ветеринарная, д. 6) и Медицинским организациям, оказывающим медицинские услуги предусмотренные договором страхования в целях организации оказания мне медицинской помощи, а также в целях информирования меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации и в целях исключения двойной оплаты случаев оказания медицинской помощи застрахованному по настоящему Договору (Полису) страхования.

Страхователь уведомлен (-а) о необходимости незамедлительно сообщать Страховщику об изменении персональных данных с предоставлением подтверждающих документов.

Настоящее согласие предоставляется сроком с даты подписания согласия по дату письменного уведомления ООО «СК «АК БАРС-Мед» об отзыве настоящего согласия за подписью субъекта персональных данных с указанием фамилии, имени, отчества, адреса места жительства, наименования и номера основного документа, удостоверяющего личность, сведений о дате его выдачи и выдавшем его органе.

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Полис, условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования и Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги, предусмотренные договором страхования в целях организации оказания медицинской помощи ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что с Правилами страхования Страховщика и Условиями страхования можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика www.акбарсмед.рф.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами страхования и действующим законодательством РФ.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА:

_____
(Должность, фамилия и инициалы)

_____ (_____)
подпись ФИО
М.П.

_____
№ и дата доверенности

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА: «_____» _____ 20 ____ г.

ПОЛИС-ОФЕРТА
«АНТИКЛЕЩ ОПТИМА» **ДМСГ № _____**

Настоящий Договор страхования (далее –Договор (Полис) страхования) считается заключенным на предложенных Страховщиком условиях путем уплаты Страхователем Страховщику Страховой премии.

На основании ст. 435, 438 ГК РФ Страхователь дает согласие заключить настоящий Договор (Полис) страхования в соответствии с Условиями страхования при заключении Договоров (Полисов) страхования на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» (далее – Условия страхования), являющимися неотъемлемой частью Договора (Полиса) страхования, разработанными в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования от _____г. (далее – Правила) и Программой добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА» (далее – Программа ДМС). С Правилами страхования и Условиями страхования Страхователь может ознакомиться на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» https://www.акбарсмед.рф/.

СТРАХОВЩИК: ООО «СК «АК БАРС-Мед»
Адрес:
Телефон:
Сайт:

СТРАХОВАТЕЛЬ:
ФИО:
Дата рождения:
Адрес места регистрации (жительства):
Адрес электронной почты:
Телефон:
ИНН*
Паспортные данные:*

*Обязательные поля при страховой премии от 15 000,00 руб.

ЗАСТРАХОВАННЫЙ: ☐ Страхователь ☐ Иной

_____
(ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «Антиклещ ОПТИМА»:
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в случаях укуса клеща, острого инфекционного заболевания, передающегося иксодовыми клещами (клещевой энцефалит, клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), клещевые риккетсиозы: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз) в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую и/или стационарную помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: 1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь: 1.1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников (по медицинским показаниям). 1.1.2. Мероприятия по удалению клеща в асептических условиях. 1.1.3. Введение противоклещевого иммуноглобулина или иного аналогичного Лекарственного препарата (в течение 96 часов после укуса клеща) (по медицинским показаниям). 1.1.4. Лабораторное исследование клеща с выявлением возбудителей: клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза (болезнь Лайма), клещевых риккетсиозов (гранулоцитарного анаплазмоза, моноцитарного эрлихиоза) (при условии, что клещ не поврежден и не обработан бытовыми средствами). 1.1.5. Антибактериальные препараты, назначенные лечащим врачом в целях экстренной медикаментозной профилактики острых инфекционных заболеваний, передающимися иксодовыми клещами. 1.1.6. Однократное ПЦР-исследование крови (в первые дни заболевания до начала лечения антибактериальными препаратами) (по медицинским показаниям). 1.1.7. Однократное серологическое исследование крови (РНИФ и ИФА) на 7-25 день после укуса клеща (по медицинским показаниям). 1.2. Стационарная помощь: 1.2.1. Лечение в специализированном отделении, с медикаментозным обеспечением сверх видов и объемов, входящих в программу обязательного медицинского страхования (в случае заболевания клещевым энцефалитом, клещевым боррелиозом (болезнь Лайма), клещевыми риккетсиозами: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз).
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____ месяцев, с «___» _____ 20 ___ г. по «___» _____ 20 ___ г. **СТРАХОВАЯ СУММА:** _____ (_____) рублей __ копеек. **СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ:** _____ (_____) рублей __ копеек. **Порядок оплаты:** единовременно, уплачено «____» _____ 20___ г. Страховая выплата осуществляется путем: - непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию; - возмещения расходов за полученные Медицинские услуги, указанные в п. 1.1. Раздела I Программы ДМС.

Настоящим я _____,

☐ Свободно своей волей и в своем интересе даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку моих персональных данных, с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в том числе через личный кабинет на сайте https://www.акбарсмед.рф/.

☐ Свободно своей волей и в своем интересе, являясь законным представителем (опекуном) несовершеннолетнего (недееспособного), даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку персональных данных моего (моих) несовершеннолетнего (их) ребенка (детей) (подопечного) (при наличии).

Перечень действий с персональными данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласие предоставляется в отношении следующих персональных данных: фамилию, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дату рождения, место рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения), данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии), сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, моё фотографическое изображение, изображение моей подписи и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, номера контактных телефонов и адреса электронной связи.

Цели обработки персональных данных: оказание услуг по направлению добровольного медицинского страхования и информирование меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать и получать мои персональные данные ООО «АК БАРС МЕДИЦИНА» (420107, РТ, г. Казань, ул. Островского, д. 38), ПАО «АК БАРС БАНК» (420066, РТ, г. Казань, ул. Декабристов, д. 1), ГУ «ТФОМС РТ» (420097, РТ, г. Казань, ул. Ветеринарная, д. 6) и Медицинским организациям, оказывающим медицинские услуги предусмотренные договором страхования в целях организации оказания мне медицинской помощи, а также в целях информирования меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации и в целях исключения двойной оплаты случаев оказания медицинской помощи застрахованному по настоящему Договору (Полису) страхования.

Страхователь уведомлен (-а) о необходимости незамедлительно сообщать Страховщику об изменении персональных данных с предоставлением подтверждающих документов.

Настоящее согласие предоставляется сроком с даты подписания согласия по дату письменного уведомления ООО «СК «АК БАРС-Мед» об отзыве настоящего согласия за подписью субъекта персональных данных с указанием фамилии, имени, отчества, адреса места жительства, наименования и номера основного документа, удостоверяющего личность, сведений о дате его выдачи и выдавшем его органе.

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Полис, условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования и Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги, предусмотренные договором страхования в целях организации оказания медицинской помощи ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что с Правилами страхования Страховщика и Условиями страхования можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика www.акбарсмед.рф.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами страхования и действующим законодательством РФ.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА:

_____
(Должность, фамилия и инициалы)

_____ (_____)
подпись ФИО
М.П.

_____
№ и дата доверенности

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА: «_____» _____ 20 ____ г.

ПОЛИС-ОФЕРТА
«ГЛПС» **ДМСГ № _____**

Настоящий Договор страхования (далее –Договор (Полис) страхования) считается заключенным на предложенных Страховщиком условиях путем уплаты Страхователем Страховщику Страховой премии.

На основании ст. 435, 438 ГК РФ Страхователь дает согласие заключить настоящий Договор (Полис) страхования в соответствии с Условиями страхования при заключении Договоров (Полисов) страхования на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» (далее – Условия страхования), являющимися неотъемлемой частью Договора (Полиса) страхования, разработанными в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования от _____г. (далее – Правила) и Программой добровольного медицинского страхования «ГЛПС» (далее – Программа ДМС). С Правилами страхования и Условиями страхования Страхователь может ознакомиться на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» https://www.акбарсмед.рф/.

СТРАХОВЩИК: ООО «СК «АК БАРС-Мед»
Адрес:
Телефон:
Сайт:

СТРАХОВАТЕЛЬ:
ФИО:
Дата рождения:
Адрес места регистрации (жительства):
Адрес электронной почты:
Телефон:
ИНН*
Паспортные данные:*

*Обязательные поля при страховой премии от 15 000,00 руб.

ЗАСТРАХОВАННЫЙ: ☐ Страхователь ☐ Иной

_____

(ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ГЛПС»:
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ является обращение Застрахованного за Медицинской помощью при заболевании геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС) в Медицинскую организацию (МО), оказывающую амбулаторно-поликлиническую и/или стационарную помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия.
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: 1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников (по медицинским показаниям). 1.2. Лабораторные и инструментальные исследования, включая выявление в крови антител к хантавирусу. 1.3. Лечение с медикаментозным обеспечением в специализированном отделении сверх видов и объемов, входящих в программу обязательного медицинского страхования.
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____ месяцев, с «___» _____ 20 ___ г. по «___» _____ 20 ___ г. **СТРАХОВАЯ СУММА:** _____ (_____) рублей __ копеек. **СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ:** _____ (_____) рублей __ копеек. **Порядок оплаты:** единовременно, уплачено «____» _____ 20___ г. Страховая выплата осуществляется в виде непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию.

Настоящим я _____,

☐ Свободно своей волей и в своем интересе даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку моих персональных данных, с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в том числе через личный кабинет на сайте https://www.акбарсмед.рф/.

☐ Свободно своей волей и в своем интересе, являясь законным представителем (опекуном) несовершеннолетнего (недееспособного), даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку персональных данных моего (моих) несовершеннолетнего (их) ребенка (детей) (подопечного) (при наличии).

Перечень действий с персональными данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласие предоставляется в отношении следующих персональных данных: фамилию, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дату рождения, место рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения), данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии), сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, моё фотографическое изображение, изображение моей подписи и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, номера контактных телефонов и адреса электронной связи.

Цели обработки персональных данных: оказание услуг по направлению добровольного медицинского страхования и информирование меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать и получать мои персональные данные ООО «АК БАРС МЕДИЦИНА» (420107, РТ, г. Казань, ул. Островского, д. 38), ПАО «АК БАРС БАНК» (420066, РТ, г. Казань, ул. Декабристов, д. 1), ГУ «ТФОМС РТ» (420097, РТ, г. Казань, ул. Ветеринарная, д. 6) и Медицинским организациям,

оказывающим медицинские услуги предусмотренные договором страхования в целях организации оказания мне медицинской помощи, а также в целях информирования меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации и в целях исключения двойной оплаты случаев оказания медицинской помощи застрахованному по настоящему Договору (Полису) страхования.

Страхователь уведомлен (-а) о необходимости незамедлительно сообщать Страховщику об изменении персональных данных с предоставлением подтверждающих документов.

Настоящее согласие предоставляется сроком с даты подписания согласия по дату письменного уведомления ООО «СК «АК БАРС-Мед» об отзыве настоящего согласия за подписью субъекта персональных данных с указанием фамилии, имени, отчества, адреса места жительства, наименования и номера основного документа, удостоверяющего личность, сведений о дате его выдачи и выдавшем его органе.

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Полис, условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования и Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги, предусмотренные договором страхования в целях организации оказания медицинской помощи ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что с Правилами страхования Страховщика и Условиями страхования можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика www.акбарсмед.рф.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами страхования и действующим законодательством РФ.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА:

_____
(Должность, фамилия и инициалы)

_____ (_____)
подпись ФИО
М.П.

_____
№ и дата доверенности

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА: «_____» _____ 20 ____ г.

ПОЛИС-ОФЕРТА
«ДМС при ДТП» **ДМСГ № _____**

Настоящий Договор страхования (далее –Договор (Полис) страхования) считается заключенным на предложенных Страховщиком условиях путем уплаты Страхователем Страховщику Страховой премии.

На основании ст. 435, 438 ГК РФ Страхователь дает согласие заключить настоящий Договор (Полис) страхования в соответствии с Условиями страхования при заключении Договоров (Полисов) страхования на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» (далее – Условия страхования), являющимися неотъемлемой частью Договора (Полиса) страхования, разработанными в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования от _____г. (далее – Правила) и Программой добровольного медицинского страхования «ДМС при ДТП» (далее – Программа ДМС). С Правилами страхования и Условиями страхования Страхователь может ознакомиться на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» https://www.акбарсмед.рф/.

СТРАХОВЩИК: ООО «СК «АК БАРС-Мед»
Адрес:
Телефон:
Сайт:

СТРАХОВАТЕЛЬ:
ФИО:
Дата рождения:
Адрес места регистрации (жительства):
Адрес электронной почты:
Телефон:
ИНН*
Паспортные данные:*

*Обязательные поля при страховой премии от 15 000,00 руб.

ЗАСТРАХОВАННЫЙ: ☐ Страхователь ☐ Иной

_____
(ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ДМС при ДТП»:
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в случае нарушения здоровья вследствие дорожно-транспортного происшествия (ДТП) в Медицинскую организацию (МО), оказывающую амбулаторно-поликлиническую, стационарную, стоматологическую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия.
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: Амбулаторно-поликлиническая, стационарная и стоматологическая помощь в рамках Программы добровольного медицинского страхования «ДМС при ДТП».
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____ месяцев, с «___» _____ 20 ___ г. по «___» _____ 20 ___ г. **СТРАХОВАЯ СУММА:** _____ (_____) рублей __ копеек. **СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ:** _____ (_____) рублей __ копеек. **Порядок оплаты:** единовременно, уплачено «____» _____ 20___ г. Страховая выплата осуществляется в виде непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию.

Настоящим я _____,

☐ Свободно своей волей и в своем интересе даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку моих персональных данных, с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в том числе через личный кабинет на сайте https://www.акбарсмед.рф/.

☐ Свободно своей волей и в своем интересе, являясь законным представителем (опекуном) несовершеннолетнего (недееспособного), даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку персональных данных моего (моих) несовершеннолетнего (их) ребенка (детей) (подопечного) (при наличии).

Перечень действий с персональными данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласие предоставляется в отношении следующих персональных данных: фамилию, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дату рождения, место рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения), данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии), сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, моё фотографическое изображение, изображение моей подписи и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, номера контактных телефонов и адреса электронной связи.

Цели обработки персональных данных: оказание услуг по направлению добровольного медицинского страхования и информирование меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать и получать мои персональные данные ООО «АК БАРС МЕДИЦИНА» (420107, РТ, г. Казань, ул. Островского, д. 38), ПАО «АК БАРС БАНК» (420066, РТ, г. Казань, ул. Декабристов, д. 1), ГУ «ТФОМС РТ» (420097, РТ, г. Казань, ул. Ветеринарная, д. 6) и Медицинским организациям, оказывающим медицинские услуги предусмотренные договором страхования в целях организации оказания мне медицинской помощи, а также в целях информирования меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации и в целях исключения двойной оплаты случаев оказания медицинской помощи застрахованному по настоящему Договору (Полису) страхования.

Страхователь уведомлен (-а) о необходимости незамедлительно сообщать Страховщику об изменении персональных данных с предоставлением подтверждающих документов.

Настоящее согласие предоставляется сроком с даты подписания согласия по дату письменного уведомления ООО «СК «АК БАРС-Мед» об отзыве настоящего согласия за подписью субъекта персональных данных с указанием фамилии, имени, отчества, адреса места жительства, наименования и номера основного документа, удостоверяющего личность, сведений о дате его выдачи и выдавшем его органе.

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Полис, условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования и Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги, предусмотренные договором страхования в целях организации оказания медицинской помощи ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что с Правилами страхования Страховщика и Условиями страхования можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика www.акбарсмед.рф.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами страхования и действующим законодательством РФ.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА:

_____
(Должность, фамилия и инициалы)

_____ (_____)
подпись ФИО
М.П.

_____
№ и дата доверенности

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА: «_____» _____ 20 ____ г.

ПОЛИС-ОФЕРТА
«КОМПЛЕКС «ЗДОРОВЬЕ» **ДМСГ № _____**

Настоящий Договор страхования (далее –Договор (Полис) страхования) считается заключенным на предложенных Страховщиком условиях путем уплаты Страхователем Страховщику Страховой премии.

На основании ст. 435, 438 ГК РФ Страхователь дает согласие заключить настоящий Договор (Полис) страхования в соответствии с Условиями страхования при заключении Договоров (Полисов) страхования на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» (далее – Условия страхования), являющимися неотъемлемой частью Договора (Полиса) страхования, разработанными в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования от _____г. (далее – Правила) и Программой добровольного медицинского страхования «Комплекс «Здоровье» (далее – Программа ДМС). С Правилами страхования и Условиями страхования Страхователь может ознакомиться на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» https://www.акбарсмед.рф/.

СТРАХОВЩИК: ООО «СК «АК БАРС-Мед»
Адрес:
Телефон:
Сайт:

СТРАХОВАТЕЛЬ:
ФИО:
Дата рождения:
Адрес места регистрации (жительства):
Адрес электронной почты:
Телефон:
ИНН*
Паспортные данные:*

*Обязательные поля при страховой премии от 15 000,00 руб.

ЗАСТРАХОВАННЫЙ: ☐ Страхователь ☐ Иной

_____
(ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «Комплекс «Здоровье»:	
СТРАХОВЫЕ РИСКИ:	ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:
Переломы конечностей, костей черепа, повреждения связок суставов, ушибы и сотрясения головного мозга	1.1. Консультации врача-травматолога. 1.2. Рентгенография суставов и конечностей (по медицинским показаниям). 1.3. Наложение иммобилизирующей повязки (не ранее 7 (Семи) дней после получения травмы) из синтетического полиуретанового бинта (полимерный гипс). 1.4. Снятие иммобилизирующей повязки, из синтетического полиуретанового бинта (полимерный гипс). 1.5. Ультразвуковое исследование (УЗИ) суставов (по медицинским показаниям). 1.6. КТ или МРТ головы (по медицинским показаниям) – однократно в течение срока действия Договора (Полиса) страхования.
Нарушения здоровья вследствие дорожно-транспортного происшествия (ДТП)	Амбулаторно-поликлиническая, стационарная и стоматологическая помощь в рамках Программы добровольного медицинского страхования «ДМС при ДТП».
Укус клеща, острые инфекционные заболевания, передающиеся иксодовыми клещами (клещевой энцефалит, клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), клещевые риккетсиозы: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз)	1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь: 1.1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников (по медицинским показаниям). 1.1.2. Мероприятия по удалению клеща в асептических условиях. 1.1.3. Введение противоклещевого иммуноглобулина или иного аналогичного Лекарственного препарата (в течение 96 часов после укуса клеща) (по медицинским показаниям). 1.1.4. Лабораторное исследование клеща с выявлением возбудителей: клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза (болезнь Лайма), клещевых риккетсиозов (гранулоцитарного анаплазмоза, моноцитарного эрлихиоза) (при условии, что клещ не поврежден и не обработан бытовыми средствами). 1.2. Стационарная помощь: 1.2.1. Лечение в специализированном отделении, с медикаментозным обеспечением сверх видов и объемов, входящих в программу обязательного медицинского страхования (в случае заболевания клещевым энцефалитом, клещевым боррелиозом (болезнь Лайма), клещевыми риккетсиозами: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз).
Заболевание геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС)	1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников (по медицинским показаниям). 1.2. Лабораторные и инструментальные исследования, включая выявление в крови антител к хантавирусу. 1.3. Лечение с медикаментозным обеспечением в специализированном отделении сверх видов и объемов, входящих в программу обязательного медицинского страхования.

СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____ месяцев, с «___» _____ 20 ___ г. по «___» _____ 20 ___ г.
СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей __ копеек.
СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ (_____) рублей __ копеек.
Порядок оплаты: единовременно, уплачено «____» _____ 20___ г.
Страховая выплата осуществляется путем:
- непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию;
- возмещения расходов: понесенных, в связи с приобретением синтетического полиуретанового бинта (полимерного гипса) по Программе ДМС «НС»; за полученные Медицинские услуги, указанные в п. 1.1. Раздела I Программы ДМС «Антиклещ».

Настоящим я _____,

☐ Свободно своей волей и в своем интересе даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку моих персональных данных, с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в том числе через личный кабинет на сайте https://www.акбарсмед.рф/.

☐ Свободно своей волей и в своем интересе, являясь законным представителем (опекуном) несовершеннолетнего (недееспособного), даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку персональных данных моего (моих) несовершеннолетнего (их) ребенка (детей) (подопечного) (при наличии).

Перечень действий с персональными данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласие предоставляется в отношении следующих персональных данных: фамилию, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дату рождения, место рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения), данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии), сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, моё фотографическое изображение, изображение моей подписи и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, номера контактных телефонов и адреса электронной связи.

Цели обработки персональных данных: оказание услуг по направлению добровольного медицинского страхования и информирование меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать и получать мои персональные данные ООО «АК БАРС МЕДИЦИНА» (420107, РТ, г. Казань, ул. Островского, д. 38), ПАО «АК БАРС БАНК» (420066, РТ, г. Казань, ул. Декабристов, д. 1), ГУ «ТФОМС РТ» (420097, РТ, г. Казань, ул. Ветеринарная, д. 6) и Медицинским организациям, оказывающим медицинские услуги предусмотренные договором страхования в целях организации оказания мне медицинской помощи, а также в целях информирования меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации и в целях исключения двойной оплаты случаев оказания медицинской помощи застрахованному по настоящему Договору (Полису) страхования.

Страхователь уведомлен (-а) о необходимости незамедлительно сообщать Страховщику об изменении персональных данных с предоставлением подтверждающих документов.

Настоящее согласие предоставляется сроком с даты подписания согласия по дату письменного уведомления ООО «СК «АК БАРС-Мед» об отзыве настоящего согласия за подписью субъекта персональных данных с указанием фамилии, имени, отчества, адреса места жительства, наименования и номера основного документа, удостоверяющего личность, сведений о дате его выдачи и выдавшем его органе.

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Полис, условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования и Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги, предусмотренные договором страхования в целях организации оказания медицинской помощи ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что с Правилами страхования Страховщика и Условиями страхования можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика www.акбарсмед.рф.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами страхования и действующим законодательством РФ.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА:

_____
(Должность, фамилия и инициалы)

_____ (_____)
подпись ФИО
М.П.

_____
№ и дата доверенности

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА: «_____» _____ 20 ____ г.

ПОЛИС-ОФЕРТА
«КОМПЛЕКС «ЗДОРОВЬЕ ОПТИМА» **ДМСГ № _____**

Настоящий Договор страхования (далее –Договор (Полис) страхования) считается заключенным на предложенных Страховщиком условиях путем уплаты Страхователем Страховщику Страховой премии.

На основании ст. 435, 438 ГК РФ Страхователь дает согласие заключить настоящий Договор (Полис) страхования в соответствии с Условиями страхования при заключении Договоров (Полисов) страхования на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» (далее – Условия страхования), являющимися неотъемлемой частью Договора (Полиса) страхования, разработанными в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования от _____г. (далее – Правила) и Программой добровольного медицинского страхования «Комплекс «Здоровье ОПТИМА» (далее – Программа ДМС). С Правилами страхования и Условиями страхования Страхователь может ознакомиться на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» https://www.акбарсмед.рф/.

СТРАХОВЩИК: ООО «СК «АК БАРС-Мед»
Адрес:
Телефон:
Сайт:

СТРАХОВАТЕЛЬ:
ФИО:
Дата рождения:
Адрес места регистрации (жительства):
Адрес электронной почты:
Телефон:
ИНН*
Паспортные данные:*

*Обязательные поля при страховой премии от 15 000,00 руб.

ЗАСТРАХОВАННЫЙ: ☐ Страхователь ☐ Иной

_____
(ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «Комплекс «Здоровье ОПТИМА»:	
СТРАХОВЫЕ РИСКИ:	ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:
Переломы конечностей, костей черепа, повреждения связок суставов, ушибы и сотрясения головного мозга	1.1. Консультации врача-травматолога. 1.2. Рентгенография суставов и конечностей (по медицинским показаниям). 1.3. Наложение иммобилизирующей повязки (не ранее 7 (Семи) дней после получения травмы) из синтетического полиуретанового бинта (полимерный гипс). 1.4. Снятие иммобилизирующей повязки, из синтетического полиуретанового бинта (полимерный гипс). 1.5. Ультразвуковое исследование (УЗИ) суставов (по медицинским показаниям). 1.6. КТ или МРТ головы (по медицинским показаниям) – однократно в течение срока действия Договора (Полиса) страхования.
Нарушения здоровья вследствие дорожно-транспортного происшествия (ДТП)	Амбулаторно-поликлиническая, стационарная и стоматологическая помощь в рамках Программы добровольного медицинского страхования «ДМС при ДТП».
Укус клеща, острые инфекционные заболевания, передающиеся иксодовыми клещами (клещевой энцефалит, клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), клещевые риккетсиозы: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз)	1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь: 1.1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников (по медицинским показаниям). 1.1.2. Мероприятия по удалению клеща в асептических условиях. 1.1.3. Введение противоклещевого иммуноглобулина или иного аналогичного Лекарственного препарата (в течение 96 часов после укуса клеща) (по медицинским показаниям). 1.1.4. Лабораторное исследование клеща с выявлением возбудителей: клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза (болезнь Лайма), клещевых риккетсиозов (гранулоцитарного анаплазмоза, моноцитарного эрлихиоза) (при условии, что клещ не поврежден и не обработан бытовыми средствами). 1.1.5. Антибактериальные препараты, назначенные лечащим врачом в целях экстренной медикаментозной профилактики острых инфекционных заболеваний, передающимися иксодовыми клещами. 1.1.6. Однократное ПЦР-исследование крови (в первые дни заболевания до начала лечения антибактериальными препаратами) (по медицинским показаниям). 1.1.7. Однократное серологическое исследование крови (РНИФ и ИФА) на 7-25 день после укуса клеща (по медицинским показаниям). 1.2. Стационарная помощь: 1.2.1. Лечение в специализированном отделении, с медикаментозным обеспечением сверх видов и объемов, входящих в программу обязательного медицинского страхования (в случае заболевания клещевым энцефалитом, клещевым боррелиозом (болезнь Лайма), клещевыми риккетсиозами: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз).

Заболевание геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС)	1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников (по медицинским показаниям). 1.2. Лабораторные и инструментальные исследования, включая выявление в крови антител к хантавирусу. 1.3. Лечение с медикаментозным обеспечением в специализированном отделении сверх видов и объемов, входящих в программу обязательного медицинского страхования.

СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____ месяцев, с «___» _____ 20 ___ г. по «___» _____ 20 ___ г.
СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей __ копеек.
СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ (_____) рублей __ копеек.
Порядок оплаты: единовременно, уплачено «____» _____ 20___ г.
Страховая выплата осуществляется путем:
- непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию;
- возмещения расходов: понесенных, в связи: с приобретением синтетического полиуретанового бинта (полимерного гипса) по Программе ДМС «НС»; за полученные Медицинские услуги, указанные в п. 1.1. Раздела I Программы ДМС «Антиклещ ОПТИМА».

Настоящим я _____,

☐ Свободно своей волей и в своем интересе даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку моих персональных данных, с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в том числе через личный кабинет на сайте https://www.акбарсмед.рф/.

☐ Свободно своей волей и в своем интересе, являясь законным представителем (опекуном) несовершеннолетнего (недееспособного), даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку персональных данных моего (моих) несовершеннолетнего (их) ребенка (детей) (подопечного) (при наличии).

Перечень действий с персональными данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласие предоставляется в отношении следующих персональных данных: фамилию, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дату рождения, место рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения), данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии), сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, моё фотографическое изображение, изображение моей подписи и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, номера контактных телефонов и адреса электронной связи.

Цели обработки персональных данных: оказание услуг по направлению добровольного медицинского страхования и информирование меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать и получать мои персональные данные ООО «АК БАРС МЕДИЦИНА» (420107, РТ, г. Казань, ул. Островского, д. 38), ПАО «АК БАРС БАНК» (420066, РТ, г. Казань, ул. Декабристов, д. 1), ГУ «ТФОМС РТ» (420097, РТ, г. Казань, ул. Ветеринарная, д. 6) и Медицинским организациям, оказывающим медицинские услуги предусмотренные договором страхования в целях организации оказания мне медицинской помощи, а также в целях информирования меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации и в целях исключения двойной оплаты случаев оказания медицинской помощи застрахованному по настоящему Договору (Полису) страхования.

Страхователь уведомлен (-а) о необходимости незамедлительно сообщать Страховщику об изменении персональных данных с предоставлением подтверждающих документов.

Настоящее согласие предоставляется сроком с даты подписания согласия по дату письменного уведомления ООО «СК «АК БАРС-Мед» об отзыве настоящего согласия за подписью субъекта персональных данных с указанием фамилии, имени, отчества, адреса места жительства, наименования и номера основного документа, удостоверяющего личность, сведений о дате его выдачи и выдавшем его органе.

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Полис, условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования и Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги, предусмотренные договором страхования в целях организации оказания медицинской помощи ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что с Правилами страхования Страховщика и Условиями страхования можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика www.акбарсмед.рф.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами страхования и действующим законодательством РФ.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА:

_____
(Должность, фамилия и инициалы)

_____ (_____)
подпись ФИО
М.П.

_____
№ и дата доверенности

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА: «_____» _____ 20 ____ г.

ПОЛИС-ОФЕРТА
«АНТИГРИПП» **ДМСГ № _____**

Настоящий Договор страхования (далее –Договор (Полис) страхования) считается заключенным на предложенных Страховщиком условиях путем уплаты Страхователем Страховщику Страховой премии.

На основании ст. 435, 438 ГК РФ Страхователь дает согласие заключить настоящий Договор (Полис) страхования в соответствии с Условиями страхования при заключении Договоров (Полисов) страхования на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» (далее – Условия страхования), являющимися неотъемлемой частью Договора (Полиса) страхования, разработанными в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования от _____г. (далее – Правила) и Программой добровольного медицинского страхования «Антигрипп» (далее – Программа ДМС). С Правилами страхования и Условиями страхования Страхователь может ознакомиться на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» https://www.акбарсмед.рф/.

СТРАХОВЩИК: ООО «СК «АК БАРС-Мед»
Адрес:
Телефон:
Сайт:

СТРАХОВАТЕЛЬ:
ФИО:
Дата рождения:
Адрес места регистрации (жительства):
Адрес электронной почты:
Телефон:
ИНН*
Паспортные данные:*

*Обязательные поля при страховой премии от 15 000,00 руб.

ЗАСТРАХОВАННЫЙ: ☐ Страхователь ☐ Иной

_____
(ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «Антигрипп»:
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ является обращение за возмещением понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования в течение срока его действия, в случае установления Застрахованному диагноза – Грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10).
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением Лекарственных препаратов, назначенных лечащим врачом при амбулаторно-поликлиническом лечении.
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____ месяцев, с «___» _____ 20 ___ г. по «___» _____ 20 ___ г. **СТРАХОВАЯ СУММА:** _____ (_____) рублей __ копеек. **СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ:** _____ (_____) рублей __ копеек. **Порядок оплаты:** единовременно, уплачено «____» _____ 20___ г. Страховая выплата осуществляется путем возмещения расходов, понесенных в связи с приобретением Лекарственных препаратов.

Настоящим я _____,

☐ Свободно своей волей и в своем интересе даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку моих персональных данных, с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в том числе через личный кабинет на сайте https://www.акбарсмед.рф/.

☐ Свободно своей волей и в своем интересе, являясь законным представителем (опекуном) несовершеннолетнего (недееспособного), даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку персональных данных моего (моих) несовершеннолетнего (их) ребенка (детей) (подопечного) (при наличии).

Перечень действий с персональными данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласие предоставляется в отношении следующих персональных данных: фамилию, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дату рождения, место рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения), данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии), сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, моё фотографическое изображение, изображение моей подписи и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, номера контактных телефонов и адреса электронной связи.

Цели обработки персональных данных: оказание услуг по направлению добровольного медицинского страхования и информирование меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать и получать мои персональные данные ООО «АК БАРС МЕДИЦИНА» (420107, РТ, г. Казань, ул. Островского, д. 38), ПАО «АК БАРС БАНК» (420066, РТ, г. Казань, ул. Декабристов, д. 1), ГУ «ТФОМС РТ» (420097, РТ, г. Казань, ул. Ветеринарная, д. 6) и Медицинским организациям, оказывающим медицинские услуги предусмотренные договором страхования в целях организации оказания мне медицинской помощи, а также в целях информирования меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации и в целях исключения двойной оплаты случаев оказания медицинской помощи застрахованному по настоящему Договору (Полису) страхования.

Страхователь уведомлен (-а) о необходимости незамедлительно сообщать Страховщику об изменении персональных данных с предоставлением подтверждающих документов.

Настоящее согласие предоставляется сроком с даты подписания согласия по дату письменного уведомления ООО «СК «АК БАРС-Мед» об отзыве настоящего согласия за подписью субъекта персональных данных с указанием фамилии, имени, отчества, адреса места жительства, наименования и номера основного документа, удостоверяющего личность, сведений о дате его выдачи и выдавшем его органе.

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Полис, условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования и Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги, предусмотренные договором страхования в целях организации оказания медицинской помощи ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что с Правилами страхования Страховщика и Условиями страхования можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика www.акбарсмед.рф.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами страхования и действующим законодательством РФ.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА:

_____
(Должность, фамилия и инициалы)

_____ (_____)
подпись ФИО
М.П.

_____
№ и дата доверенности

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА: «_____» _____ 20 ____ г.

ПОЛИС-ОФЕРТА
«АНТИГРИПП ПЛЮС» **ДМСГ № _____**

Настоящий Договор страхования (далее –Договор (Полис) страхования) считается заключенным на предложенных Страховщиком условиях путем уплаты Страхователем Страховщику Страховой премии.

На основании ст. 435, 438 ГК РФ Страхователь дает согласие заключить настоящий Договор (Полис) страхования в соответствии с Условиями страхования при заключении Договоров (Полисов) страхования на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» (далее – Условия страхования), являющимися неотъемлемой частью Договора (Полиса) страхования, разработанными в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования от _____г. (далее – Правила) и Программой добровольного медицинского страхования «Антигрипп Плюс» (далее – Программа ДМС). С Правилами страхования и Условиями страхования Страхователь может ознакомиться на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» https://www.акбарсмед.рф/.

СТРАХОВЩИК: ООО «СК «АК БАРС-Мед»
Адрес:
Телефон:
Сайт:

СТРАХОВАТЕЛЬ:
ФИО:
Дата рождения:
Адрес места регистрации (жительства):
Адрес электронной почты:
Телефон:
ИНН*
Паспортные данные:*

*Обязательные поля при страховой премии от 15 000,00 руб.

ЗАСТРАХОВАННЫЙ: ☐ Страхователь ☐ Иной

_____
(ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «Антигрипп Плюс»:
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ ЯВЛЯЕТСЯ: -обращение Застрахованного за Медицинской помощью, направленной на предупреждение заболевания гриппом в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия; -обращение за возмещением понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования в течение срока его действия, в случае установления Застрахованному диагноза – Грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10).
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: 1. Проведение вакцинации против гриппа (однократно в течение срока действия Договора (Полиса) страхования); 2. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением Лекарственных препаратов, назначенных лечащим врачом при амбулаторно-поликлиническом лечении.
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____ месяцев, с «___» _____ 20 ___ г. по «___» _____ 20 ___ г. **СТРАХОВАЯ СУММА:** _____ (_____) рублей __ копеек. **СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ:** _____ (_____) рублей __ копеек. **Порядок оплаты:** единовременно, уплачено «____» _____ 20___ г. Страховая выплата осуществляется путем: - возмещения расходов, понесенных в связи с приобретением Лекарственных препаратов; - непосредственной оплаты Медицинской помощи (вакцинации против гриппа) в Медицинскую организацию.

Настоящим я _____,

☐ Свободно своей волей и в своем интересе даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку моих персональных данных, с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в том числе через личный кабинет на сайте https://www.акбарсмед.рф/.

☐ Свободно своей волей и в своем интересе, являясь законным представителем (опекуном) несовершеннолетнего (недееспособного), даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку персональных данных моего (моих) несовершеннолетнего (их) ребенка (детей) (подопечного) (при наличии).

Перечень действий с персональными данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласие предоставляется в отношении следующих персональных данных: фамилию, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дату рождения, место рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения), данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии), сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, моё фотографическое изображение, изображение моей подписи и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, номера контактных телефонов и адреса электронной связи.

Цели обработки персональных данных: оказание услуг по направлению добровольного медицинского страхования и информирование меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать и получать мои персональные данные ООО «АК БАРС МЕДИЦИНА» (420107, РТ, г. Казань, ул. Островского, д. 38), ПАО «АК БАРС БАНК» (420066, РТ, г. Казань, ул. Декабристов, д. 1), ГУ «ТФОМС РТ» (420097, РТ, г. Казань, ул. Ветеринарная, д. 6) и Медицинским организациям, оказывающим медицинские услуги предусмотренные договором страхования в целях организации оказания мне медицинской помощи, а также в целях информирования меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации и в целях исключения двойной оплаты случаев оказания медицинской помощи застрахованному по настоящему Договору (Полису) страхования.

Страхователь уведомлен (-а) о необходимости незамедлительно сообщать Страховщику об изменении персональных данных с предоставлением подтверждающих документов.

Настоящее согласие предоставляется сроком с даты подписания согласия по дату письменного уведомления ООО «СК «АК БАРС-Мед» об отзыве настоящего согласия за подписью субъекта персональных данных с указанием фамилии, имени, отчества, адреса места жительства, наименования и номера основного документа, удостоверяющего личность, сведений о дате его выдачи и выдавшем его органе.

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Полис, условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования и Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги, предусмотренные договором страхования в целях организации оказания медицинской помощи ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что с Правилами страхования Страховщика и Условиями страхования можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика www.акбарсмед.рф.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами страхования и действующим законодательством РФ.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА:

_____
(Должность, фамилия и инициалы)

_____ (_____)
подпись ФИО
М.П.

_____
№ и дата доверенности

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА: «_____» _____ 20 ____ г.

ПОЛИС-ОФЕРТА
«АНТИГРИПП PRO» **ДМСГ № _____**

Настоящий Договор страхования (далее –Договор (Полис) страхования) считается заключенным на предложенных Страховщиком условиях путем уплаты Страхователем Страховщику Страховой премии.

На основании ст. 435, 438 ГК РФ Страхователь дает согласие заключить настоящий Договор (Полис) страхования в соответствии с Условиями страхования при заключении Договоров (Полисов) страхования на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» (далее – Условия страхования), являющимися неотъемлемой частью Договора (Полиса) страхования, разработанными в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования от _____г. (далее – Правила) и Программой добровольного медицинского страхования «Антигрипп PRO» (далее – Программа ДМС). С Правилами страхования и Условиями страхования Страхователь может ознакомиться на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» https://www.акбарсмед.рф/.

СТРАХОВЩИК: ООО «СК «АК БАРС-Мед»
Адрес:
Телефон:
Сайт:

СТРАХОВАТЕЛЬ:
ФИО:
Дата рождения:
Адрес места регистрации (жительства):
Адрес электронной почты:
Телефон:
ИНН*
Паспортные данные:*

*Обязательные поля при страховой премии от 15 000,00 руб.

ЗАСТРАХОВАННЫЙ: ☐ Страхователь ☐ Иной

_____
(ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «Антигрипп PRO»:
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ является обращение: - за консультацией врача-специалиста с применением телемедицинских технологий в случае ухудшения состояния здоровья Застрахованного при подозрении на острую респираторную вирусную инфекцию; - для возмещения понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования, в случае установления Застрахованному диагноза – грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10).
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: 1.1. Консультации врача-терапевта/педиатра с применением телемедицинских технологий (по предварительной записи). 1.2. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением по назначению лечащего врача при амбулаторно-поликлиническом лечении групп Лекарственных препаратов, перечисленных в Программе ДМС.
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____ месяцев, с «___» _____ 20 ___ г. по «___» _____ 20 ___ г. **СТРАХОВАЯ СУММА:** _____ (_____) рублей __ копеек. **СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ:** _____ (_____) рублей __ копеек. **Порядок оплаты:** единовременно, уплачено «____» _____ 20___ г. Страховая выплата осуществляется путем: - возмещения расходов, понесенных в связи с приобретением Лекарственных препаратов; - непосредственной оплаты Медицинской помощи (консультация врача-специалиста, с применением телемедицинских технологий) в Медицинскую организацию.

Настоящим я _____,

☐ Свободно своей волей и в своем интересе даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку моих персональных данных, с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в том числе через личный кабинет на сайте https://www.акбарсмед.рф/.

☐ Свободно своей волей и в своем интересе, являясь законным представителем (опекуном) несовершеннолетнего (недееспособного), даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку персональных данных моего (моих) несовершеннолетнего (их) ребенка (детей) (подопечного) (при наличии).

Перечень действий с персональными данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласие предоставляется в отношении следующих персональных данных: фамилию, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дату рождения, место рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения), данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии), сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, моё фотографическое изображение, изображение моей подписи и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, номера контактных телефонов и адреса электронной связи.

Цели обработки персональных данных: оказание услуг по направлению добровольного медицинского страхования и информирование меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать и получать мои персональные данные ООО «АК БАРС МЕДИЦИНА» (420107, РТ, г. Казань, ул. Островского, д. 38), ПАО «АК БАРС БАНК» (420066, РТ, г. Казань,

ул. Декабристов, д. 1), ГУ «ТФОМС РТ» (420097, РТ, г. Казань, ул. Ветеринарная, д. 6) и Медицинским организациям, оказывающим медицинские услуги предусмотренные договором страхования в целях организации оказания мне медицинской помощи, а также в целях информирования меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации и в целях исключения двойной оплаты случаев оказания медицинской помощи застрахованному по настоящему Договору (Полису) страхования.

Страхователь уведомлен (-а) о необходимости незамедлительно сообщать Страховщику об изменении персональных данных с предоставлением подтверждающих документов.

Настоящее согласие предоставляется сроком с даты подписания согласия по дату письменного уведомления ООО «СК «АК БАРС-Мед» об отзыве настоящего согласия за подписью субъекта персональных данных с указанием фамилии, имени, отчества, адреса места жительства, наименования и номера основного документа, удостоверяющего личность, сведений о дате его выдачи и выдавшем его органе.

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Полис, условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования и Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги, предусмотренные договором страхования в целях организации оказания медицинской помощи ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что с Правилами страхования Страховщика и Условиями страхования можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика www.акбарсмед.рф.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами страхования и действующим законодательством РФ.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА:

_____
(Должность, фамилия и инициалы)

_____ (_____)
подпись ФИО
М.П.

_____
№ и дата доверенности

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА: «_____» _____ 20 ____ г.

ПОЛИС-ОФЕРТА
«АНТИВИРУС» **ДМСГ № _____**

Настоящий Договор страхования (далее –Договор (Полис) страхования) считается заключенным на предложенных Страховщиком условиях путем уплаты Страхователем Страховщику Страховой премии.

На основании ст. 435, 438 ГК РФ Страхователь дает согласие заключить настоящий Договор (Полис) страхования в соответствии с Условиями страхования при заключении Договоров (Полисов) страхования на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» (далее – Условия страхования), являющимися неотъемлемой частью Договора (Полиса) страхования, разработанными в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования от _____г. (далее – Правила) и Программой добровольного медицинского страхования «Антивирус» (далее – Программа ДМС). С Правилами страхования и Условиями страхования Страхователь может ознакомиться на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» https://www.акбарсмед.рф/.

СТРАХОВЩИК: ООО «СК «АК БАРС-Мед»
Адрес:
Телефон:
Сайт:

СТРАХОВАТЕЛЬ:
ФИО:
Дата рождения:
Адрес места регистрации (жительства):
Адрес электронной почты:
Телефон:
ИНН*
Паспортные данные:*

*Обязательные поля при страховой премии от 15 000,00 руб.

ЗАСТРАХОВАННЫЙ: ☐ Страхователь ☐ Иной

_____
(ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «Антивирус»:
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ОБРАЩЕНИЕ: - за консультацией врача-специалиста с применением телемедицинских технологий в случае ухудшения состояния здоровья Застрахованного при подозрении на острую респираторную вирусную инфекцию; - для возмещения понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования, в случае установления Застрахованному диагноза – грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10); - для возмещения понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования, в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2) с 31-го дня с даты начала периода страхования.
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: 1.1. Консультации врача-терапевта/педиатра с применением телемедицинских технологий (по предварительной записи). 1.2. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением по назначению лечащего врача при амбулаторно-поликлиническом лечении, в случае установления Застрахованному диагноза – грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10), групп Лекарственных препаратов, перечисленных в Программе ДМС. 1.3. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением по назначению лечащего врача при амбулаторно-поликлиническом лечении, в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2), групп Лекарственных препаратов, перечисленных в Программе ДМС.
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____ месяцев, с «___» _____ 20 ___ г. по «___» _____ 20 ___ г. **СТРАХОВАЯ СУММА:** _____ (_____) рублей __ копеек. **СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ:** _____ (_____) рублей __ копеек. **Порядок оплаты:** единовременно, уплачено «____» _____ 20___ г. Страховая выплата осуществляется путем: - возмещения расходов, понесенных в связи с приобретением Лекарственных препаратов; - непосредственной оплаты Медицинской помощи (консультация врача-специалиста, с применением телемедицинских технологий) в Медицинскую организацию.

Настоящим я _____,

☐ Свободно своей волей и в своем интересе даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку моих персональных данных, с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в том числе через личный кабинет на сайте https://www.акбарсмед.рф/.

☐ Свободно своей волей и в своем интересе, являясь законным представителем (опекуном) несовершеннолетнего (недееспособного), даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку персональных данных моего (моих) несовершеннолетнего (их) ребенка (детей) (подопечного) (при наличии).

Перечень действий с персональными данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласие предоставляется в отношении следующих персональных данных: фамилию, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дату рождения, место рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения), данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии), сведения о факте обращения за оказанием медицинской

помощи, состоянии здоровья и диагнозе, и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, моё фотографическое изображение, изображение моей подписи и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, номера контактных телефонов и адреса электронной связи.

Цели обработки персональных данных: оказание услуг по направлению добровольного медицинского страхования и информирование меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать и получать мои персональные данные ООО «АК БАРС МЕДИЦИНА» (420107, РТ, г. Казань, ул. Островского, д. 38), ПАО «АК БАРС БАНК» (420066, РТ, г. Казань, ул. Декабристов, д. 1), ГУ «ТФОМС РТ» (420097, РТ, г. Казань, ул. Ветеринарная, д. 6) и Медицинским организациям, оказывающим медицинские услуги предусмотренные договором страхования в целях организации оказания мне медицинской помощи, а также в целях информирования меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации и в целях исключения двойной оплаты случаев оказания медицинской помощи застрахованному по настоящему Договору (Полису) страхования.

Страхователь уведомлен (-а) о необходимости незамедлительно сообщать Страховщику об изменении персональных данных с предоставлением подтверждающих документов.

Настоящее согласие предоставляется сроком с даты подписания согласия по дату письменного уведомления ООО «СК «АК БАРС-Мед» об отзыве настоящего согласия за подписью субъекта персональных данных с указанием фамилии, имени, отчества, адреса места жительства, наименования и номера основного документа, удостоверяющего личность, сведений о дате его выдачи и выдавшем его органе.

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Полис, условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования и Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги, предусмотренные договором страхования в целях организации оказания медицинской помощи ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что с Правилами страхования Страховщика и Условиями страхования можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика www.акбарсмед.рф.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами страхования и действующим законодательством РФ.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА:

_____
(Должность, фамилия и инициалы)

_____ (_____)
подпись ФИО
М.П.

_____
№ и дата доверенности

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА: «_____» _____ 20 ____ г.

ПОЛИС-ОФЕРТА
«АНТИВИРУС» **ДМСГ № _____**

Настоящий Договор страхования (далее –Договор (Полис) страхования) считается заключенным на предложенных Страховщиком условиях путем уплаты Страхователем Страховщику Страховой премии.

На основании ст. 435, 438 ГК РФ Страхователь дает согласие заключить настоящий Договор (Полис) страхования в соответствии с Условиями страхования при заключении Договоров (Полисов) страхования на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» (далее – Условия страхования), являющимися неотъемлемой частью Договора (Полиса) страхования, разработанными в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования от _____г. (далее – Правила) и Программой добровольного медицинского страхования «Антивирус» (далее – Программа ДМС). С Правилами страхования и Условиями страхования Страхователь может ознакомиться на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» https://www.акбарсмед.рф/.

СТРАХОВЩИК: ООО «СК «АК БАРС-Мед»
Адрес:
Телефон:
Сайт:

СТРАХОВАТЕЛЬ:
ФИО:
Дата рождения:
Адрес места регистрации (жительства):
Адрес электронной почты:
Телефон:
ИНН*
Паспортные данные:*

*Обязательные поля при страховой премии от 15 000,00 руб.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «Антивирус»:		
ЗАСТРАХОВАННЫЙ (ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты):		СТРАХОВАЯ СУММА:
1.	☐ Страхователь	
2.		
3.		
4.		
5.		

СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ОБРАЩЕНИЕ:
- за консультацией врача-специалиста с применением телемедицинских технологий в случае ухудшения состояния здоровья Застрахованного при подозрении на острую респираторную вирусную инфекцию;
- для возмещения понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования, в случае установления Застрахованному диагноза – грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10);
- для возмещения понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования, в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2) с 31-го дня с даты начала периода страхования.

ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:
1.1. Консультации врача-терапевта/педиатра с применением телемедицинских технологий (по предварительной записи).
1.2. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением по назначению лечащего врача при амбулаторно-поликлиническом лечении, в случае установления Застрахованному диагноза – грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10), групп Лекарственных препаратов, перечисленных в Программе ДМС.
1.3. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением по назначению лечащего врача при амбулаторно-поликлиническом лечении, в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2), групп Лекарственных препаратов, перечисленных в Программе ДМС.

СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____ месяцев, с «___» _____ 20 ___ г. по «___» _____ 20 ___ г.
СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей __ копеек.
СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ (_____) рублей __ копеек.
Порядок оплаты: единовременно, уплачено «____» _____ 20___ г.
Страховая выплата осуществляется путем:
- возмещения расходов, понесенных в связи с приобретением Лекарственных препаратов;
- непосредственной оплаты Медицинской помощи (консультация врача-специалиста, с применением телемедицинских технологий) в Медицинскую организацию.

Настоящим я _____,

☐ Свободно своей волей и в своем интересе даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку моих персональных данных, с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в том числе через личный кабинет на сайте https://www.акбарсмед.рф/.

☐ Свободно своей волей и в своем интересе, являясь законным представителем (опекуном) несовершеннолетнего (недееспособного), даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку персональных данных моего (моих) несовершеннолетнего (их) ребенка (детей) (подопечного) (при наличии).

Перечень действий с персональными данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласие предоставляется в отношении следующих персональных данных: фамилию, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дату рождения, место рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения), данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии), сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, моё фотографическое изображение, изображение моей подписи и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, номера контактных телефонов и адреса электронной связи.

Цели обработки персональных данных: оказание услуг по направлению добровольного медицинского страхования и информирование меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать и получать мои персональные данные ООО «АК БАРС МЕДИЦИНА» (420107, РТ, г. Казань, ул. Островского, д. 38), ПАО «АК БАРС БАНК» (420066, РТ, г. Казань, ул. Декабристов, д. 1), ГУ «ТФОМС РТ» (420097, РТ, г. Казань, ул. Ветеринарная, д. 6) и Медицинским организациям, оказывающим медицинские услуги предусмотренные договором страхования в целях организации оказания мне медицинской помощи, а также в целях информирования меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации и в целях исключения двойной оплаты случаев оказания медицинской помощи застрахованному по настоящему Договору (Полису) страхования.

Страхователь уведомлен (-а) о необходимости незамедлительно сообщать Страховщику об изменении персональных данных с предоставлением подтверждающих документов.

Настоящее согласие предоставляется сроком с даты подписания согласия по дату письменного уведомления ООО «СК «АК БАРС-Мед» об отзыве настоящего согласия за подписью субъекта персональных данных с указанием фамилии, имени, отчества, адреса места жительства, наименования и номера основного документа, удостоверяющего личность, сведений о дате его выдачи и выдавшем его органе.

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Полис, условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования и Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги, предусмотренные договором страхования в целях организации оказания медицинской помощи ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что с Правилами страхования Страховщика и Условиями страхования можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика www.акбарсмед.рф.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами страхования и действующим законодательством РФ.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА:

_____
(Должность, фамилия и инициалы)

_____ (_____)
подпись ФИО
М.П.

_____
№ и дата доверенности

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА: «_____» _____ 20 ____ г.

ПОЛИС-ОФЕРТА
«АНТИВИРУС 2.0.» **ДМСГ № _____**

Настоящий Договор страхования (далее –Договор (Полис) страхования) считается заключенным на предложенных Страховщиком условиях путем уплаты Страхователем Страховщику Страховой премии.

На основании ст. 435, 438 ГК РФ Страхователь дает согласие заключить настоящий Договор (Полис) страхования в соответствии с Условиями страхования при заключении Договоров (Полисов) страхования на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» (далее – Условия страхования), являющимися неотъемлемой частью Договора (Полиса) страхования, разработанными в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования от _____г. (далее – Правила) и Программой добровольного медицинского страхования «Антивирус 2.0.» (далее – Программа ДМС). С Правилами страхования и Условиями страхования Страхователь может ознакомиться на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» https://www.акбарсмед.рф/.

СТРАХОВЩИК: ООО «СК «АК БАРС-Мед»
Адрес:
Телефон:
Сайт:

СТРАХОВАТЕЛЬ:
ФИО:
Дата рождения:
Адрес места регистрации (жительства):
Адрес электронной почты:
Телефон:
ИНН*
Паспортные данные:*

*Обязательные поля при страховой премии от 15 000,00 руб.

ЗАСТРАХОВАННЫЙ: ☐ Страхователь ☐ Иной

_____
(ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «Антивирус 2.0.»:
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ОБРАЩЕНИЕ: - за консультацией врача-специалиста с применением телемедицинских технологий в случае ухудшения состояния здоровья Застрахованного при подозрении на острую респираторную вирусную инфекцию; - для возмещения понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования, в случае установления Застрахованному диагноза – грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10); - для возмещения понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования, в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2) с 31-го дня с даты начала периода страхования.
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: 1.1. Консультации врачей-специалистов: терапевта/педиатра, пульмонолога, кардиолога, эндокринолога с применением телемедицинских технологий (по предварительной записи). 1.2. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением по назначению лечащего врача при амбулаторно-поликлиническом лечении, в случае установления Застрахованному диагноза – грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10), групп Лекарственных препаратов, перечисленных в Программе ДМС. 1.3. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением по назначению лечащего врача при амбулаторно-поликлиническом лечении, в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2), групп Лекарственных препаратов, перечисленных в Программе ДМС.
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____ месяцев, с «___» _____ 20 ___ г. по «___» _____ 20 ___ г. **СТРАХОВАЯ СУММА:** _____ (_____) рублей __ копеек. **СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ:** _____ (_____) рублей __ копеек. **Порядок оплаты:** единовременно, уплачено «____» _____ 20___ г. Страховая выплата осуществляется путем: - возмещения расходов, понесенных в связи с приобретением Лекарственных препаратов; - непосредственной оплаты Медицинской помощи (консультация врача-специалиста, с применением телемедицинских технологий) в Медицинскую организацию.

Настоящим я _____,

☐ Свободно своей волей и в своем интересе даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку моих персональных данных, с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в том числе через личный кабинет на сайте https://www.акбарсмед.рф/.

☐ Свободно своей волей и в своем интересе, являясь законным представителем (опекуном) несовершеннолетнего (недееспособного), даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку персональных данных моего (моих) несовершеннолетнего (их) ребенка (детей) (подопечного) (при наличии).

Перечень действий с персональными данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласие предоставляется в отношении следующих персональных данных: фамилию, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дату рождения, место рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения), данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания,

идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии), сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, моё фотографическое изображение, изображение моей подписи и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, номера контактных телефонов и адреса электронной связи.

Цели обработки персональных данных: оказание услуг по направлению добровольного медицинского страхования и информирование меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать и получать мои персональные данные ООО «АК БАРС МЕДИЦИНА» (420107, РТ, г. Казань, ул. Островского, д. 38), ПАО «АК БАРС БАНК» (420066, РТ, г. Казань, ул. Декабристов, д. 1), ГУ «ТФОМС РТ» (420097, РТ, г. Казань, ул. Ветеринарная, д. 6) и Медицинским организациям, оказывающим медицинские услуги предусмотренные договором страхования в целях организации оказания мне медицинской помощи, а также в целях информирования меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации и в целях исключения двойной оплаты случаев оказания медицинской помощи застрахованному по настоящему Договору (Полису) страхования.

Страхователь уведомлен (-а) о необходимости незамедлительно сообщать Страховщику об изменении персональных данных с предоставлением подтверждающих документов.

Настоящее согласие предоставляется сроком с даты подписания согласия по дату письменного уведомления ООО «СК «АК БАРС-Мед» об отзыве настоящего согласия за подписью субъекта персональных данных с указанием фамилии, имени, отчества, адреса места жительства, наименования и номера основного документа, удостоверяющего личность, сведений о дате его выдачи и выдавшем его органе.

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Полис, условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования и Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги, предусмотренные договором страхования в целях организации оказания медицинской помощи ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что с Правилами страхования Страховщика и Условиями страхования можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика www.акбарсмед.рф.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами страхования и действующим законодательством РФ.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА:

_____
(Должность, фамилия и инициалы)

_____ (_____)
подпись ФИО
М.П.

_____
№ и дата доверенности

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА: «_____» _____ 20 ____ г.

ПОЛИС-ОФЕРТА
«АНТИВИРУС 2.0.» **ДМСГ № _____**

Настоящий Договор страхования (далее –Договор (Полис) страхования) считается заключенным на предложенных Страховщиком условиях путем уплаты Страхователем Страховщику Страховой премии.

На основании ст. 435, 438 ГК РФ Страхователь дает согласие заключить настоящий Договор (Полис) страхования в соответствии с Условиями страхования при заключении Договоров (Полисов) страхования на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» (далее – Условия страхования), являющимися неотъемлемой частью Договора (Полиса) страхования, разработанными в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования от _____г. (далее – Правила) и Программой добровольного медицинского страхования «Антивирус 2.0.» (далее – Программа ДМС). С Правилами страхования и Условиями страхования Страхователь может ознакомиться на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» https://www.акбарсмед.рф/.

СТРАХОВЩИК: ООО «СК «АК БАРС-Мед»
Адрес:
Телефон:
Сайт:

СТРАХОВАТЕЛЬ:
ФИО:
Дата рождения:
Адрес места регистрации (жительства):
Адрес электронной почты:
Телефон:
ИНН*
Паспортные данные:*

*Обязательные поля при страховой премии от 15 000,00 руб.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «Антивирус 2.0.»:		
ЗАСТРАХОВАННЫЙ (ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты):		СТРАХОВАЯ СУММА:
1.	☐ Страхователь	
2.		
3.		
4.		
5.		

СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ОБРАЩЕНИЕ:
- за консультацией врача-специалиста с применением телемедицинских технологий в случае ухудшения состояния здоровья Застрахованного при подозрении на острую респираторную вирусную инфекцию;
- для возмещения понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования, в случае установления Застрахованному диагноза – грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10);
- для возмещения понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования, в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2) с 31-го дня с даты начала периода страхования.

ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:
1.1. Консультации врачей-специалистов: терапевта/педиатра, пульмонолога, кардиолога, эндокринолога с применением телемедицинских технологий (по предварительной записи).
1.2. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением по назначению лечащего врача при амбулаторно-поликлиническом лечении, в случае установления Застрахованному диагноза – грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10), групп Лекарственных препаратов, перечисленных в Программе ДМС.
1.3. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением по назначению лечащего врача при амбулаторно-поликлиническом лечении, в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2), групп Лекарственных препаратов, перечисленных в Программе ДМС.

СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____ месяцев, с «___» _____ 20 ___ г. по «___» _____ 20 ___ г.
СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей __ копеек.
СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ (_____) рублей __ копеек.
Порядок оплаты: единовременно, уплачено «____» _____ 20___ г.
Страховая выплата осуществляется путем:
- возмещения расходов, понесенных в связи с приобретением Лекарственных препаратов;
- непосредственной оплаты Медицинской помощи (консультация врача-специалиста, с применением телемедицинских технологий) в Медицинскую организацию.

Настоящим я _____,

☐ Свободно своей волей и в своем интересе даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку моих персональных данных, с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в том числе через личный кабинет на сайте https://www.акбарсмед.рф/.

☐ Свободно своей волей и в своем интересе, являясь законным представителем (опекуном) несовершеннолетнего (недееспособного), даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф.

85) на обработку персональных данных моего (моих) несовершеннолетнего (их) ребенка (детей) (подопечного) (при наличии).

Перечень действий с персональными данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласие предоставляется в отношении следующих персональных данных: фамилию, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дату рождения, место рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения), данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии), сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, моё фотографическое изображение, изображение моей подписи и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, номера контактных телефонов и адреса электронной связи.

Цели обработки персональных данных: оказание услуг по направлению добровольного медицинского страхования и информирование меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать и получать мои персональные данные ООО «АК БАРС МЕДИЦИНА» (420107, РТ, г. Казань, ул. Островского, д. 38), ПАО «АК БАРС БАНК» (420066, РТ, г. Казань, ул. Декабристов, д. 1), ГУ «ТФОМС РТ» (420097, РТ, г. Казань, ул. Ветеринарная, д. 6) и Медицинским организациям, оказывающим медицинские услуги предусмотренные договором страхования в целях организации оказания мне медицинской помощи, а также в целях информирования меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации и в целях исключения двойной оплаты случаев оказания медицинской помощи застрахованному по настоящему Договору (Полису) страхования.

Страхователь уведомлен (-а) о необходимости незамедлительно сообщать Страховщику об изменении персональных данных с предоставлением подтверждающих документов.

Настоящее согласие предоставляется сроком с даты подписания согласия по дату письменного уведомления ООО «СК «АК БАРС-Мед» об отзыве настоящего согласия за подписью субъекта персональных данных с указанием фамилии, имени, отчества, адреса места жительства, наименования и номера основного документа, удостоверяющего личность, сведений о дате его выдачи и выдавшем его органе.

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Полис, условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования и Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги, предусмотренные договором страхования в целях организации оказания медицинской помощи ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что с Правилами страхования Страховщика и Условиями страхования можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика www.акбарсмед.рф.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами страхования и действующим законодательством РФ.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА:

_____
(Должность, фамилия и инициалы)

_____ (_____)
подпись ФИО
М.П.

_____
№ и дата доверенности

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА: «_____» _____ 20 ____ г.

ПОЛИС-ОФЕРТА
«МОБИЛЬНЫЙ ДОКТОР» **ДМСГ № _____**

Настоящий Договор страхования (далее –Договор (Полис) страхования) считается заключенным на предложенных Страховщиком условиях путем уплаты Страхователем Страховщику Страховой премии.

На основании ст. 435, 438 ГК РФ Страхователь дает согласие заключить настоящий Договор (Полис) страхования в соответствии с Условиями страхования при заключении Договоров (Полисов) страхования на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» (далее – Условия страхования), являющимися неотъемлемой частью Договора (Полиса) страхования, разработанными в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования от _____г. (далее – Правила) и Программой добровольного медицинского страхования «Мобильный доктор» (далее – Программа ДМС). С Правилами страхования и Условиями страхования Страхователь может ознакомиться на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» https://www.акбарсмед.рф/.

СТРАХОВЩИК: ООО «СК «АК БАРС-Мед»
Адрес:
Телефон:
Сайт:

СТРАХОВАТЕЛЬ:
ФИО:
Дата рождения:
Адрес места регистрации (жительства):
Адрес электронной почты:
Телефон:
ИНН*
Паспортные данные:*

*Обязательные поля при страховой премии от 15 000,00 руб.

ЗАСТРАХОВАННЫЙ: ☐ Страхователь ☐ Иной

_____
(ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «Мобильный доктор»:
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ является обращение Застрахованного за консультацией врача-специалиста, в случае ухудшения состояния здоровья в Медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия.
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: Консультации врача-терапевта/педиатра с применением телемедицинских технологий (по предварительной записи).
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____ месяцев, с «___» _____ 20 ___ г. по «___» _____ 20 ___ г. **СТРАХОВАЯ СУММА:** _____ (_____) рублей __ копеек. **СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ:** _____ (_____) рублей __ копеек. **Порядок оплаты:** единовременно, уплачено «____» _____ 20___ г. Страховая выплата осуществляется в виде непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию.

Настоящим я _____,

☐ Свободно своей волей и в своем интересе даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку моих персональных данных, с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в том числе через личный кабинет на сайте https://www.акбарсмед.рф/.

☐ Свободно своей волей и в своем интересе, являясь законным представителем (опекуном) несовершеннолетнего (недееспособного), даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку персональных данных моего (моих) несовершеннолетнего (их) ребенка (детей) (подопечного) (при наличии).

Перечень действий с персональными данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласие предоставляется в отношении следующих персональных данных: фамилию, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дату рождения, место рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения), данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии), сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, моё фотографическое изображение, изображение моей подписи и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, номера контактных телефонов и адреса электронной связи.

Цели обработки персональных данных: оказание услуг по направлению добровольного медицинского страхования и информирование меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать и получать мои персональные данные ООО «АК БАРС МЕДИЦИНА» (420107, РТ, г. Казань, ул. Островского, д. 38), ПАО «АК БАРС БАНК» (420066, РТ, г. Казань, ул. Декабристов, д. 1), ГУ «ТФОМС РТ» (420097, РТ, г. Казань, ул. Ветеринарная, д. 6) и Медицинским организациям, оказывающим медицинские услуги предусмотренные договором страхования в целях организации оказания мне медицинской помощи, а также в целях информирования меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации и в целях исключения двойной оплаты случаев оказания медицинской помощи застрахованному по настоящему Договору (Полису) страхования.

Страхователь уведомлен (-а) о необходимости незамедлительно сообщать Страховщику об изменении персональных данных с предоставлением подтверждающих документов.

Настоящее согласие предоставляется сроком с даты подписания согласия по дату письменного уведомления ООО «СК «АК БАРС-Мед» об отзыве настоящего согласия за подписью субъекта персональных данных с указанием фамилии, имени, отчества, адреса места жительства, наименования и номера основного документа, удостоверяющего личность, сведений о дате его выдачи и выдавшем его органе.

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Полис, условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования и Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги, предусмотренные договором страхования в целях организации оказания медицинской помощи ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что с Правилами страхования Страховщика и Условиями страхования можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика www.акбарсмед.рф.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами страхования и действующим законодательством РФ.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА:

_____
(Должность, фамилия и инициалы)

_____ (_____)
подпись ФИО
М.П.

_____
№ и дата доверенности

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА: «_____» _____ 20 ____ г.

ПОЛИС-ОФЕРТА
«МОБИЛЬНЫЙ ДОКТОР ПЛЮС» **ДМСГ № _____**

Настоящий Договор страхования (далее –Договор (Полис) страхования) считается заключенным на предложенных Страховщиком условиях путем уплаты Страхователем Страховщику Страховой премии.

На основании ст. 435, 438 ГК РФ Страхователь дает согласие заключить настоящий Договор (Полис) страхования в соответствии с Условиями страхования при заключении Договоров (Полисов) страхования на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» (далее – Условия страхования), являющимися неотъемлемой частью Договора (Полиса) страхования, разработанными в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования от _____г. (далее – Правила) и Программой добровольного медицинского страхования «Мобильный доктор ПЛЮС» (далее – Программа ДМС). С Правилами страхования и Условиями страхования Страхователь может ознакомиться на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» https://www.акбарсмед.рф/.

СТРАХОВЩИК: ООО «СК «АК БАРС-Мед»
Адрес:
Телефон:
Сайт:

СТРАХОВАТЕЛЬ:
ФИО:
Дата рождения:
Адрес места регистрации (жительства):
Адрес электронной почты:
Телефон:
ИНН*
Паспортные данные:*

*Обязательные поля при страховой премии от 15 000,00 руб.

ЗАСТРАХОВАННЫЙ: ☐ Страхователь ☐ Иной

_____
(ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «Мобильный доктор ПЛЮС»:
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ является обращение Застрахованного за консультацией врача-специалиста, в случае ухудшения состояния здоровья в Медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия.
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: Консультации врачей-специалистов: терапевта/педиатра, гастроэнтеролога, кардиолога, невролога, отоларинголога, хирурга, травматолога-ортопеда, уролога, эндокринолога с применением телемедицинских технологий (по предварительной записи).
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____ месяцев, с «___» _____ 20 ___ г. по «___» _____ 20 ___ г. **СТРАХОВАЯ СУММА:** _____ (_____) рублей __ копеек. **СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ:** _____ (_____) рублей __ копеек. **Порядок оплаты:** единовременно, уплачено «____» _____ 20___ г. Страховая выплата осуществляется в виде непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию.

Настоящим я _____,

☐ Свободно своей волей и в своем интересе даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку моих персональных данных, с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в том числе через личный кабинет на сайте https://www.акбарсмед.рф/.

☐ Свободно своей волей и в своем интересе, являясь законным представителем (опекуном) несовершеннолетнего (недееспособного), даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку персональных данных моего (моих) несовершеннолетнего (их) ребенка (детей) (подопечного) (при наличии).

Перечень действий с персональными данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласие предоставляется в отношении следующих персональных данных: фамилию, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дату рождения, место рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения), данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии), сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, моё фотографическое изображение, изображение моей подписи и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, номера контактных телефонов и адреса электронной связи.

Цели обработки персональных данных: оказание услуг по направлению добровольного медицинского страхования и информирование меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать и получать мои персональные данные ООО «АК БАРС МЕДИЦИНА» (420107, РТ, г. Казань, ул. Островского, д. 38), ПАО «АК БАРС БАНК» (420066, РТ, г. Казань, ул. Декабристов, д. 1), ГУ «ТФОМС РТ» (420097, РТ, г. Казань, ул. Ветеринарная, д. 6) и Медицинским организациям, оказывающим медицинские услуги предусмотренные договором страхования в целях организации оказания мне медицинской помощи, а также в целях информирования меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации и в целях исключения двойной оплаты случаев оказания медицинской помощи застрахованному по настоящему Договору (Полису) страхования.

Страхователь уведомлен (-а) о необходимости незамедлительно сообщать Страховщику об изменении персональных данных с предоставлением подтверждающих документов.

Настоящее согласие предоставляется сроком с даты подписания согласия по дату письменного уведомления ООО «СК «АК БАРС-Мед» об отзыве настоящего согласия за подписью субъекта персональных данных с указанием фамилии, имени, отчества, адреса места жительства, наименования и номера основного документа, удостоверяющего личность, сведений о дате его выдачи и выдавшем его органе.

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Полис, условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования и Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги, предусмотренные договором страхования в целях организации оказания медицинской помощи ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что с Правилами страхования Страховщика и Условиями страхования можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика www.акбарсмед.рф.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами страхования и действующим законодательством РФ.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА:

_____
(Должность, фамилия и инициалы)

_____ (_____)
подпись ФИО
М.П.

_____
№ и дата доверенности

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА: «_____» _____ 20 ____ г.

ПОЛИС-ОФЕРТА
«ИНТЕРПОЛИС» **ДМСГ № _____**

Настоящий Договор страхования (далее –Договор (Полис) страхования) считается заключенным на предложенных Страховщиком условиях путем уплаты Страхователем Страховщику Страховой премии.

На основании ст. 435, 438 ГК РФ Страхователь дает согласие заключить настоящий Договор (Полис) страхования в соответствии с Условиями страхования при заключении Договоров (Полисов) страхования на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» (далее – Условия страхования), являющимися неотъемлемой частью Договора (Полиса) страхования, разработанными в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования от _____г. (далее – Правила) и Программой добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС» (далее – Программа ДМС). С Правилами страхования и Условиями страхования Страхователь может ознакомиться на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» https://www.акбарсмед.рф/.

СТРАХОВЩИК: ООО «СК «АК БАРС-Мед»
Адрес:
Телефон:
Сайт:

СТРАХОВАТЕЛЬ:
ФИО:
Дата рождения:
Адрес места регистрации (жительства):
Адрес электронной почты:
Телефон:
ИНН*
Паспортные данные:*

*Обязательные поля при страховой премии от 15 000,00 руб.

ЗАСТРАХОВАННЫЙ: ☐ Страхователь ☐ Иной

_____
(ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ИНТЕРПОЛИС»:
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую, стационарную помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия, в случаях состояний, угрожающих жизни Застрахованного при острых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний, отравлениях, травмах (в том числе ожогах, отморожениях).
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: 1.1. Экстренная амбулаторно-поликлиническая помощь. 1.2. Экстренная стационарная помощь.
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____ месяцев, с «___» _____ 20 ___ г. по «___» _____ 20 ___ г. **СТРАХОВАЯ СУММА:** _____ (_____) рублей __ копеек. **СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ:** _____ (_____) рублей __ копеек. **Порядок оплаты:** единовременно, уплачено «____» _____ 20___ г. Страховая выплата осуществляется в виде непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию.

Настоящим я _____,

☐ Свободно своей волей и в своем интересе даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку моих персональных данных, с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в том числе через личный кабинет на сайте https://www.акбарсмед.рф/.

☐ Свободно своей волей и в своем интересе, являясь законным представителем (опекуном) несовершеннолетнего (недееспособного), даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку персональных данных моего (моих) несовершеннолетнего (их) ребенка (детей) (подопечного) (при наличии).

Перечень действий с персональными данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласие предоставляется в отношении следующих персональных данных: фамилию, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дату рождения, место рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения), данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии), сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, моё фотографическое изображение, изображение моей подписи и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, номера контактных телефонов и адреса электронной связи.

Цели обработки персональных данных: оказание услуг по направлению добровольного медицинского страхования и информирование меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать и получать мои персональные данные ООО «АК БАРС МЕДИЦИНА» (420107, РТ, г. Казань, ул. Островского, д. 38), ПАО «АК БАРС БАНК» (420066, РТ, г. Казань, ул. Декабристов, д. 1), ГУ «ТФОМС РТ» (420097, РТ, г. Казань, ул. Ветеринарная, д. 6) и Медицинским организациям, оказывающим медицинские услуги предусмотренные договором страхования в целях организации оказания мне медицинской помощи, а также в целях информирования меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации и в целях исключения двойной оплаты случаев оказания медицинской помощи застрахованному по настоящему Договору (Полису) страхования.

Страхователь уведомлен (-а) о необходимости незамедлительно сообщать Страховщику об изменении персональных данных с предоставлением подтверждающих документов.

Настоящее согласие предоставляется сроком с даты подписания согласия по дату письменного уведомления ООО «СК «АК БАРС-Мед» об отзыве настоящего согласия за подписью субъекта персональных данных с указанием фамилии, имени, отчества, адреса места жительства, наименования и номера основного документа, удостоверяющего личность, сведений о дате его выдачи и выдавшем его органе.

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Полис, условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования и Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги, предусмотренные договором страхования в целях организации оказания медицинской помощи ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что с Правилами страхования Страховщика и Условиями страхования можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика www.акбарсмед.рф.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами страхования и действующим законодательством РФ.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА:

_____
(Должность, фамилия и инициалы)

_____ (_____)
подпись ФИО
М.П.

_____
№ и дата доверенности

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА: «_____» _____ 20 ____ г.

ПОЛИС-ОФЕРТА
«ИНТЕРПОЛИС ПЛЮС» **ДМСГ № _____**

Настоящий Договор страхования (далее –Договор (Полис) страхования) считается заключенным на предложенных Страховщиком условиях путем уплаты Страхователем Страховщику Страховой премии.

На основании ст. 435, 438 ГК РФ Страхователь дает согласие заключить настоящий Договор (Полис) страхования в соответствии с Условиями страхования при заключении Договоров (Полисов) страхования на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» (далее – Условия страхования), являющимися неотъемлемой частью Договора (Полиса) страхования, разработанными в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования от _____г. (далее – Правила) и Программой добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС ПЛЮС» (далее – Программа ДМС). С Правилами страхования и Условиями страхования Страхователь может ознакомиться на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» https://www.акбарсмед.рф/.

СТРАХОВЩИК: ООО «СК «АК БАРС-Мед»
Адрес:
Телефон:
Сайт:

СТРАХОВАТЕЛЬ:
ФИО:
Дата рождения:
Адрес места регистрации (жительства):
Адрес электронной почты:
Телефон:
ИНН*
Паспортные данные:*

*Обязательные поля при страховой премии от 15 000,00 руб.

ЗАСТРАХОВАННЫЙ: ☐ Страхователь ☐ Иной

_____
(ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ИНТЕРПОЛИС ПЛЮС»:
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую, стационарную и стоматологическую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия, в случаях состояний, угрожающих жизни Застрахованного при острых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний, отравлениях, травмах (в том числе ожогах, отморожениях).
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: 1.1. Экстренная амбулаторно-поликлиническая помощь. 1.2. Экстренная стоматологическая помощь. 1.3. Экстренная стационарная помощь.
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____ месяцев, с «___» _____ 20 ___ г. по «___» _____ 20 ___ г. **СТРАХОВАЯ СУММА:** _____ (_____) рублей __ копеек. **СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ:** _____ (_____) рублей __ копеек. **Порядок оплаты:** единовременно, уплачено «____» _____ 20___ г. Страховая выплата осуществляется в виде непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию.

Настоящим я _____,

☐ Свободно своей волей и в своем интересе даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку моих персональных данных, с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в том числе через личный кабинет на сайте https://www.акбарсмед.рф/.

☐ Свободно своей волей и в своем интересе, являясь законным представителем (опекуном) несовершеннолетнего (недееспособного), даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку персональных данных моего (моих) несовершеннолетнего (их) ребенка (детей) (подопечного) (при наличии).

Перечень действий с персональными данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласие предоставляется в отношении следующих персональных данных: фамилию, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дату рождения, место рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения), данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии), сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, моё фотографическое изображение, изображение моей подписи и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, номера контактных телефонов и адреса электронной связи.

Цели обработки персональных данных: оказание услуг по направлению добровольного медицинского страхования и информирование меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать и получать мои персональные данные ООО «АК БАРС МЕДИЦИНА» (420107, РТ, г. Казань, ул. Островского, д. 38), ПАО «АК БАРС БАНК» (420066, РТ, г. Казань, ул. Декабристов, д. 1), ГУ «ТФОМС РТ» (420097, РТ, г. Казань, ул. Ветеринарная, д. 6) и Медицинским организациям, оказывающим медицинские услуги предусмотренные договором страхования в целях организации оказания мне медицинской помощи, а также в целях информирования меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности,

диспансеризации и в целях исключения двойной оплаты случаев оказания медицинской помощи застрахованному по настоящему Договору (Полису) страхования.

Страхователь уведомлен (-а) о необходимости незамедлительно сообщать Страховщику об изменении персональных данных с предоставлением подтверждающих документов.

Настоящее согласие предоставляется сроком с даты подписания согласия по дату письменного уведомления ООО «СК «АК БАРС-Мед» об отзыве настоящего согласия за подписью субъекта персональных данных с указанием фамилии, имени, отчества, адреса места жительства, наименования и номера основного документа, удостоверяющего личность, сведений о дате его выдачи и выдавшем его органе.

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Полис, условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования и Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги, предусмотренные договором страхования в целях организации оказания медицинской помощи ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что с Правилами страхования Страховщика и Условиями страхования можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика www.акбарсмед.рф.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами страхования и действующим законодательством РФ.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА:

_____
(Должность, фамилия и инициалы)

_____ (_____)
подпись ФИО
М.П.

_____
№ и дата доверенности

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА: «_____» _____ 20 ____ г.

ПОЛИС-ОФЕРТА
«ПОЛИС СТУДЕНЧЕСКИЙ» **ДМСГ № _____**

Настоящий Договор страхования (далее –Договор (Полис) страхования) считается заключенным на предложенных Страховщиком условиях путем уплаты Страхователем Страховщику Страховой премии.

На основании ст. 435, 438 ГК РФ Страхователь дает согласие заключить настоящий Договор (Полис) страхования в соответствии с Условиями страхования при заключении Договоров (Полисов) страхования на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» (далее – Условия страхования), являющимися неотъемлемой частью Договора (Полиса) страхования, разработанными в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования от _____г. (далее – Правила) и Программой добровольного медицинского страхования «Полис Студенческий» (далее – Программа ДМС). С Правилами страхования и Условиями страхования Страхователь может ознакомиться на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» https://www.акбарсмед.рф/.

СТРАХОВЩИК: ООО «СК «АК БАРС-Мед»
Адрес:
Телефон:
Сайт:

СТРАХОВАТЕЛЬ:
ФИО:
Дата рождения:
Адрес места регистрации (жительства):
Адрес электронной почты:
Телефон:
ИНН*
Паспортные данные:*

*Обязательные поля при страховой премии от 15 000,00 руб.

ЗАСТРАХОВАННЫЙ: ☐ Страхователь ☐ Иной

_____
(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон, адрес электронной почты)

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «Полис Студенческий»:
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ ЯВЛЯЕТСЯ: -обращение Застрахованного за Медицинской помощью в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую и/или стационарную и/или стоматологическую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении; - услуги, связанные с репатриацией Застрахованного.
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: 1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь. 1.2. Стационарная помощь. 1.3. Стоматологическая помощь. 1.4. Репатриация.
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____ месяцев, с «___» _____ 20 ___ г. по «___» _____ 20 ___ г. **СТРАХОВАЯ СУММА:** _____ (_____) рублей __ копеек. **СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ:** _____ (_____) рублей __ копеек. **Порядок оплаты:** единовременно, уплачено «____» _____ 20___ г. Страховая выплата осуществляется в виде непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию.

Настоящим я _____,

☐ Свободно своей волей и в своем интересе даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку моих персональных данных, с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в том числе через личный кабинет на сайте https://www.акбарсмед.рф/.

☐ Свободно своей волей и в своем интересе, являясь законным представителем (опекуном) несовершеннолетнего (недееспособного), даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку персональных данных моего (моих) несовершеннолетнего (их) ребенка (детей) (подопечного) (при наличии).

Перечень действий с персональными данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласие предоставляется в отношении следующих персональных данных: фамилию, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дату рождения, место рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения), данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии), сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, моё фотографическое изображение, изображение моей подписи и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, номера контактных телефонов и адреса электронной связи.

Цели обработки персональных данных: оказание услуг по направлению добровольного медицинского страхования и информирование меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать и получать мои персональные данные ООО «АК БАРС МЕДИЦИНА» (420107, РТ, г. Казань, ул. Островского, д. 38), ПАО «АК БАРС БАНК» (420066, РТ, г. Казань, ул. Декабристов, д. 1), ГУ «ТФОМС РТ» (420097, РТ, г. Казань, ул. Ветеринарная, д. 6) и Медицинским организациям, оказывающим медицинские услуги предусмотренные договором страхования в целях организации оказания мне медицинской помощи, а также в целях информирования меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации и в целях исключения двойной оплаты случаев оказания медицинской помощи застрахованному по настоящему Договору (Полису) страхования.

Страхователь уведомлен (-а) о необходимости незамедлительно сообщать Страховщику об изменении персональных данных с предоставлением подтверждающих документов.

Настоящее согласие предоставляется сроком с даты подписания согласия по дату письменного уведомления ООО «СК «АК БАРС-Мед» об отзыве настоящего согласия за подписью субъекта персональных данных с указанием фамилии, имени, отчества, адреса места жительства, наименования и номера основного документа, удостоверяющего личность, сведений о дате его выдачи и выдавшем его органе.

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Полис, условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования и Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги, предусмотренные договором страхования в целях организации оказания медицинской помощи ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что с Правилами страхования Страховщика и Условиями страхования можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика www.акбарсмед.рф.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами страхования и действующим законодательством РФ.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА:

_____
(Должность, фамилия и инициалы)

_____ (_____)
подпись ФИО
М.П.

_____
№ и дата доверенности

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА: «_____» _____ 20 ____ г.

ПОЛИС-ОФЕРТА
«ПОЛИС СТУДЕНЧЕСКИЙ ПЛЮС» **ДМСГ № _____**

Настоящий Договор страхования (далее –Договор (Полис) страхования) считается заключенным на предложенных Страховщиком условиях путем уплаты Страхователем Страховщику Страховой премии.

На основании ст. 435, 438 ГК РФ Страхователь дает согласие заключить настоящий Договор (Полис) страхования в соответствии с Условиями страхования при заключении Договоров (Полисов) страхования на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» (далее – Условия страхования), являющимися неотъемлемой частью Договора (Полиса) страхования, разработанными в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования от _____г. (далее – Правила) и Программой добровольного медицинского страхования «Полис Студенческий ПЛЮС» (далее – Программа ДМС). С Правилами страхования и Условиями страхования Страхователь может ознакомиться на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» https://www.акбарсмед.рф/.

СТРАХОВЩИК: ООО «СК «АК БАРС-Мед»
Адрес:
Телефон:
Сайт:

СТРАХОВАТЕЛЬ:
ФИО:
Дата рождения:
Адрес места регистрации (жительства):
Адрес электронной почты:
Телефон:
ИНН*
Паспортные данные:*

*Обязательные поля при страховой премии от 15 000,00 руб.

ЗАСТРАХОВАННЫЙ: ☐ Страхователь ☐ Иной

_____
(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон, адрес электронной почты)

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «Полис Студенческий ПЛЮС»:
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ ЯВЛЯЕТСЯ: --обращение Застрахованного за Медицинской помощью в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую и/или стационарную и/или стоматологическую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении; - обращение Застрахованного в Медицинскую организацию за Медицинскими услугами, связанными с медицинским осмотром Застрахованного; - услуги, связанные с репатриацией Застрахованного.
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: 1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь. 1.2. Стационарная помощь. 1.3. Стоматологическая помощь. 1.4. Медицинский осмотр. 1.5. Репатриация.
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____ месяцев, с «___» _____ 20 ___ г. по «___» _____ 20 ___ г. **СТРАХОВАЯ СУММА:** _____ (_____) рублей __ копеек. **СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ:** _____ (_____) рублей __ копеек. **Порядок оплаты:** единовременно, уплачено «____» _____ 20___ г. Страховая выплата осуществляется в виде непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию.

Настоящим я _____,

☐ Свободно своей волей и в своем интересе даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку моих персональных данных, с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в том числе через личный кабинет на сайте https://www.акбарсмед.рф/.

☐ Свободно своей волей и в своем интересе, являясь законным представителем (опекуном) несовершеннолетнего (недееспособного), даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку персональных данных моего (моих) несовершеннолетнего (их) ребенка (детей) (подопечного) (при наличии).

Перечень действий с персональными данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласие предоставляется в отношении следующих персональных данных: фамилию, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дату рождения, место рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения), данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии), сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, моё

фотографическое изображение, изображение моей подписи и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, номера контактных телефонов и адреса электронной связи.

Цели обработки персональных данных: оказание услуг по направлению добровольного медицинского страхования и информирование меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать и получать мои персональные данные ООО «АК БАРС МЕДИЦИНА» (420107, РТ, г. Казань, ул. Островского, д. 38), ПАО «АК БАРС БАНК» (420066, РТ, г. Казань, ул. Декабристов, д. 1), ГУ «ТФОМС РТ» (420097, РТ, г. Казань, ул. Ветеринарная, д. 6) и Медицинским организациям, оказывающим медицинские услуги предусмотренные договором страхования в целях организации оказания мне медицинской помощи, а также в целях информирования меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации и в целях исключения двойной оплаты случаев оказания медицинской помощи застрахованному по настоящему Договору (Полису) страхования.

Страхователь уведомлен (-а) о необходимости незамедлительно сообщать Страховщику об изменении персональных данных с предоставлением подтверждающих документов.

Настоящее согласие предоставляется сроком с даты подписания согласия по дату письменного уведомления ООО «СК «АК БАРС-Мед» об отзыве настоящего согласия за подписью субъекта персональных данных с указанием фамилии, имени, отчества, адреса места жительства, наименования и номера основного документа, удостоверяющего личность, сведений о дате его выдачи и выдавшем его органе.

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Полис, условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования и Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги, предусмотренные договором страхования в целях организации оказания медицинской помощи ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что с Правилами страхования Страховщика и Условиями страхования можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика www.акбарсмед.рф.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами страхования и действующим законодательством РФ.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА:

_____
(Должность, фамилия и инициалы)

_____ (_____)
подпись ФИО
М.П.

_____
№ и дата доверенности

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА: «_____» _____ 20 ____ г.

ПОЛИС-ОФЕРТА
«ОНКОСТОП» **ДМСГ № _____**

Настоящий Договор страхования (далее –Договор (Полис) страхования) считается заключенным на предложенных Страховщиком условиях путем уплаты Страхователем Страховщику Страховой премии.

На основании ст. 435, 438 ГК РФ Страхователь дает согласие заключить настоящий Договор (Полис) страхования в соответствии с Условиями страхования при заключении Договоров (Полисов) страхования на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» (далее – Условия страхования), являющимися неотъемлемой частью Договора (Полиса) страхования, разработанными в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования от _____г. (далее – Правила) и Программой добровольного медицинского страхования «ОНКОСТОП» (далее – Программа ДМС). С Правилами страхования и Условиями страхования Страхователь может ознакомиться на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» https://www.акбарсмед.рф/.

СТРАХОВЩИК: ООО «СК «АК БАРС-Мед»
Адрес:
Телефон:
Сайт:

СТРАХОВАТЕЛЬ:
ФИО:
Дата рождения:
Адрес места регистрации (жительства):
Адрес электронной почты:
Телефон:
ИНН*
Паспортные данные:*

*Обязательные поля при страховой премии от 15 000,00 руб.

ЗАСТРАХОВАННЫЙ: ☐ Страхователь ☐ Иной

_____
(ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ОНКОСТОП»:

СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ является обращение Застрахованного в Медицинскую и/или Иную организацию из числа предусмотренных Договором страхования за Медицинской помощью в случае впервые установленного в течение срока действия Договора страхования и в период страхования:
- злокачественного новообразования, относящегося к С00-С97 по МКБ-10 (за исключением С44-эпителиальных опухолей кожи, С91.1-хронического лимфоцитарного лейкоза и любых новообразований на фоне заболевания ВИЧ);
- новообразования головного мозга, относящегося к D32, D33.0-D33.3, D42, D43.0-D43.3 по МКБ-10 (за исключением любых новообразований на фоне заболевания ВИЧ).

I. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:
1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь.
1.2. Стационарная помощь.
II. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОПЦИИ:
_____
_____
_____

СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей __ копеек.
СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ (_____) рублей __ копеек.
Порядок оплаты: единовременно, уплачено «____» _____ 20___ г.
Датой заключения настоящего Договора (Полиса) страхования является дата уплаты Страховой премии.
ВЫЖИДАТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД: _____ с даты заключения Договора (Полиса) страхования.
Договор вступает в силу после даты окончания выжидательного периода.
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____ месяцев, с «___» _____ 20 ___ г. по «___» _____ 20 ___ г.
Страховая выплата осуществляется в виде:
- оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию;
- оплаты услуг, связанных с репатриацией тела Застрахованного, в Иную организацию.

Настоящим я _____,

☐ Свободно своей волей и в своем интересе даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку моих персональных данных, с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в том числе через личный кабинет на сайте https://www.акбарсмед.рф/.

☐ Свободно своей волей и в своем интересе, являясь законным представителем (опекуном) несовершеннолетнего (недееспособного), даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку персональных данных моего (моих) несовершеннолетнего (их) ребенка (детей) (подопечного) (при наличии).

Перечень действий с персональными данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласие предоставляется в отношении следующих персональных данных: фамилию, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дату рождения, место рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения), данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания,

идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии), сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, моё фотографическое изображение, изображение моей подписи и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, номера контактных телефонов и адреса электронной связи.

Цели обработки персональных данных: оказание услуг по направлению добровольного медицинского страхования и информирование меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать и получать мои персональные данные ООО «АК БАРС МЕДИЦИНА» (420107, РТ, г. Казань, ул. Островского, д. 38), ПАО «АК БАРС БАНК» (420066, РТ, г. Казань, ул. Декабристов, д. 1), ГУ «ТФОМС РТ» (420097, РТ, г. Казань, ул. Ветеринарная, д. 6) и Медицинским организациям, оказывающим медицинские услуги предусмотренные договором страхования в целях организации оказания мне медицинской помощи, а также в целях информирования меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации и в целях исключения двойной оплаты случаев оказания медицинской помощи застрахованному по настоящему Договору (Полису) страхования.

Страхователь уведомлен (-а) о необходимости незамедлительно сообщать Страховщику об изменении персональных данных с предоставлением подтверждающих документов.

Настоящее согласие предоставляется сроком с даты подписания согласия по дату письменного уведомления ООО «СК «АК БАРС-Мед» об отзыве настоящего согласия за подписью субъекта персональных данных с указанием фамилии, имени, отчества, адреса места жительства, наименования и номера основного документа, удостоверяющего личность, сведений о дате его выдачи и выдавшем его органе.

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Полис, условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования и Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги, предусмотренные договором страхования в целях организации оказания медицинской помощи ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что с Правилами страхования Страховщика и Условиями страхования можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика www.акбарсмед.рф.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами страхования и действующим законодательством РФ.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА:

_____
(Должность, фамилия и инициалы)

_____ (_____)
подпись ФИО
М.П.

_____
№ и дата доверенности

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА: «_____» _____ 20 ____ г.

ПОЛИС-ОФЕРТА
«ОНКОСТОП I» **ДМСГ № _____**

Настоящий Договор страхования (далее –Договор (Полис) страхования) считается заключенным на предложенных Страховщиком условиях путем уплаты Страхователем Страховщику Страховой премии.

На основании ст. 435, 438 ГК РФ Страхователь дает согласие заключить настоящий Договор (Полис) страхования в соответствии с Условиями страхования при заключении Договоров (Полисов) страхования на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» (далее – Условия страхования), являющимися неотъемлемой частью Договора (Полиса) страхования, разработанными в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования от _____г. (далее – Правила) и Программой добровольного медицинского страхования «ОНКОСТОП I» (далее – Программа ДМС). С Правилами страхования и Условиями страхования Страхователь может ознакомиться на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» https://www.акбарсмед.рф/.

СТРАХОВЩИК: ООО «СК «АК БАРС-Мед»
Адрес:
Телефон:
Сайт:

СТРАХОВАТЕЛЬ:
ФИО:
Дата рождения:
Адрес места регистрации (жительства):
Адрес электронной почты:
Телефон:
ИНН*
Паспортные данные:*

*Обязательные поля при страховой премии от 15 000,00 руб.

ЗАСТРАХОВАННЫЙ: ☐ Страхователь ☐ Иной

_____
(ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ОНКОСТОП I»:
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ является обращение Застрахованного в Медицинскую организацию из числа предусмотренных Договором страхования за Медицинской помощью либо обращение к Страховщику для возмещения понесенных расходов за полученную Медицинскую помощь, в случае впервые установленного в течение срока действия Договора страхования и в период страхования: - злокачественного новообразования, относящегося к С00-С97 по МКБ-10 (за исключением С44-эпителиальных опухолей кожи, С91.1-хронического лимфоцитарного лейкоза и любых новообразований на фоне заболевания ВИЧ); - новообразования головного мозга, относящегося к D32, D33.0-D33.3, D42, D43.0-D43.3 по МКБ-10 (за исключением любых новообразований на фоне заболевания ВИЧ).
I. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: 1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь.
СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей __ копеек. **СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ:** _____ (_____) рублей __ копеек. **Порядок оплаты:** единовременно, уплачено «____» _____ 20___ г. **Датой заключения** настоящего Договора (Полиса) страхования является дата уплаты Страховой премии. **ВЫЖИДАТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД:** _____ с даты заключения Договора (Полиса) страхования. Договор вступает в силу после даты окончания выжидательного периода. **СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА:** _____ месяцев, с «___» _____ 20 ___ г. по «___» _____ 20 ___ г. Страховая выплата осуществляется в виде: - оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию; - возмещения расходов за полученные Медицинские услуги, указанные в Разделе I Программы ДМС.

Настоящим я _____,

☐ Свободно своей волей и в своем интересе даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку моих персональных данных, с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в том числе через личный кабинет на сайте https://www.акбарсмед.рф/.

☐ Свободно своей волей и в своем интересе, являясь законным представителем (опекуном) несовершеннолетнего (недееспособного), даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку персональных данных моего (моих) несовершеннолетнего (их) ребенка (детей) (подопечного) (при наличии).

Перечень действий с персональными данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласие предоставляется в отношении следующих персональных данных: фамилию, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дату рождения, место рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения), данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии), сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, моё

фотографическое изображение, изображение моей подписи и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, номера контактных телефонов и адреса электронной связи.

Цели обработки персональных данных: оказание услуг по направлению добровольного медицинского страхования и информирование меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать и получать мои персональные данные ООО «АК БАРС МЕДИЦИНА» (420107, РТ, г. Казань, ул. Островского, д. 38), ПАО «АК БАРС БАНК» (420066, РТ, г. Казань, ул. Декабристов, д. 1), ГУ «ТФОМС РТ» (420097, РТ, г. Казань, ул. Ветеринарная, д. 6) и Медицинским организациям, оказывающим медицинские услуги предусмотренные договором страхования в целях организации оказания мне медицинской помощи, а также в целях информирования меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации и в целях исключения двойной оплаты случаев оказания медицинской помощи застрахованному по настоящему Договору (Полису) страхования.

Страхователь уведомлен (-а) о необходимости незамедлительно сообщать Страховщику об изменении персональных данных с предоставлением подтверждающих документов.

Настоящее согласие предоставляется сроком с даты подписания согласия по дату письменного уведомления ООО «СК «АК БАРС-Мед» об отзыве настоящего согласия за подписью субъекта персональных данных с указанием фамилии, имени, отчества, адреса места жительства, наименования и номера основного документа, удостоверяющего личность, сведений о дате его выдачи и выдавшем его органе.

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Полис, условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования и Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги, предусмотренные договором страхования в целях организации оказания медицинской помощи ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что с Правилами страхования Страховщика и Условиями страхования можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика www.акбарсмед.рф.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами страхования и действующим законодательством РФ.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА:

_____
(Должность, фамилия и инициалы)

_____ (_____)
подпись ФИО
М.П.

_____
№ и дата доверенности

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА: «_____» _____ 20 ____ г.

ПОЛИС-ОФЕРТА
«ПОЛИС ПУТЕШЕСТВЕННИКА» **ДМСГ № _____**

Настоящий Договор страхования (далее –Договор (Полис) страхования) считается заключенным на предложенных Страховщиком условиях путем уплаты Страхователем Страховщику Страховой премии.

На основании ст. 435, 438 ГК РФ Страхователь дает согласие заключить настоящий Договор (Полис) страхования в соответствии с Условиями страхования при заключении Договоров (Полисов) страхования на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» (далее – Условия страхования), являющимися неотъемлемой частью Договора (Полиса) страхования, разработанными в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования от _____г. (далее – Правила) и Программой добровольного медицинского страхования «Полис Путешественника» (далее – Программа ДМС). С Правилами страхования и Условиями страхования Страхователь может ознакомиться на официальном сайте ООО «СК «АК БАРС-Мед» https://www.акбарсмед.рф/.

СТРАХОВЩИК: ООО «СК «АК БАРС-Мед»
Адрес:
Телефон:
Сайт:

СТРАХОВАТЕЛЬ:
ФИО:
Дата рождения:
Адрес места регистрации (жительства):
Адрес электронной почты:
Телефон:
ИНН*
Паспортные данные:*

*Обязательные поля при страховой премии от 15 000,00 руб.

ЗАСТРАХОВАННЫЙ: ☐ Страхователь ☐ Иной

_____
(ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «Полис Путешественника»:
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ является обращение: - для возмещения понесенных расходов в связи с оказанием Застрахованному неотложной Медицинской помощи в течение срока действия Договора (Полиса) страхования в случае нарушения здоровья возникшего в период его нахождения на территории Российской Федерации за пределами места постоянного проживания (субъекта РФ); - для возмещения понесенных расходов в связи с приобретением Лекарственных препаратов, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования, в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2 в период нахождения Застрахованного на территории Российской Федерации за пределами территории постоянного проживания (субъекта РФ).
ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ И ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ: I. Неотложная медицинская помощь. 1.1. Неотложная амбулаторно-поликлиническая помощь. 1.2. Неплановая стационарная помощь. 1.3. Неотложная стоматологическая помощь. II. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением Лекарственных препаратов, назначенных лечащим врачом при амбулаторно-поликлиническом лечении.
СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей __ копеек. **СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ:** _____ (_____) рублей __ копеек. **Порядок оплаты:** единовременно, уплачено «____» _____ 20___ г. **СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА:** _____ месяцев, с «___» _____ 20 ___ г. по «___» _____ 20 ___ г. Страховая выплата осуществляется путем возмещения расходов за полученные Медицинские услуги, указанные в Разделе I, II Программы ДМС.

Настоящим я _____,

☐ Свободно своей волей и в своем интересе даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку моих персональных данных, с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в том числе через личный кабинет на сайте https://www.акбарсмед.рф/.

☐ Свободно своей волей и в своем интересе, являясь законным представителем (опекуном) несовершеннолетнего (недееспособного), даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку персональных данных моего (моих) несовершеннолетнего (их) ребенка (детей) (подопечного) (при наличии).

Перечень действий с персональными данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласие предоставляется в отношении следующих персональных данных: фамилию, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дату рождения, место рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения), данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии), сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, моё

фотографическое изображение, изображение моей подписи и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, номера контактных телефонов и адреса электронной связи.

Цели обработки персональных данных: оказание услуг по направлению добровольного медицинского страхования и информирование меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать и получать мои персональные данные ООО «АК БАРС МЕДИЦИНА» (420107, РТ, г. Казань, ул. Островского, д. 38), ПАО «АК БАРС БАНК» (420066, РТ, г. Казань, ул. Декабристов, д. 1), ГУ «ТФОМС РТ» (420097, РТ, г. Казань, ул. Ветеринарная, д. 6) и Медицинским организациям, оказывающим медицинские услуги предусмотренные договором страхования в целях организации оказания мне медицинской помощи, а также в целях информирования меня о продуктах, услугах, маркетинговых акциях, программах лояльности, диспансеризации и в целях исключения двойной оплаты случаев оказания медицинской помощи застрахованному по настоящему Договору (Полису) страхования.

Страхователь уведомлен (-а) о необходимости незамедлительно сообщать Страховщику об изменении персональных данных с предоставлением подтверждающих документов.

Настоящее согласие предоставляется сроком с даты подписания согласия по дату письменного уведомления ООО «СК «АК БАРС-Мед» об отзыве настоящего согласия за подписью субъекта персональных данных с указанием фамилии, имени, отчества, адреса места жительства, наименования и номера основного документа, удостоверяющего личность, сведений о дате его выдачи и выдавшем его органе.

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Полис, условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования и Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги, предусмотренные договором страхования в целях организации оказания медицинской помощи ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что с Правилами страхования Страховщика и Условиями страхования можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика www.акбарсмед.рф.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами страхования и действующим законодательством РФ.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА:

_____
(Должность, фамилия и инициалы)

_____ (_____)
подпись ФИО
М.П.

_____
№ и дата доверенности

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА: «_____» _____ 20 ____ г.