

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗАСТРАХОВАННОГО

Акцептом настоящего Полиса-оферты Страхователь/Застрахованный подтверждает, что:

1. его профессия (место работы/службы) не связана (и не была связана в прошлом) с повышенным риском для здоровья, а именно: отсутствует (отсутствовал) контакт с радиоактивными материалами (7 класс грузов, квалификации UNECE) и/или опасными для здоровья химическими веществами;
2. он не злоупотребляет психоактивными/наркотическими веществами;
3. он не выкуривает более 20 (двадцати) сигарет в день;
не употребляет алкоголь в день более чем 1500 мл пива и/или 500 мл вина и/или 100 мл крепких напитков (равным 40 и более градусов);
4. в настоящее время или в течение последних 10 (десяти) лет не проходит/проходил(-а) стационарное, амбулаторное, восстановительное или превентивное лечение, либо ему не устанавливался по результатам обследования диагноз, либо не находится/находился(-ась) под наблюдением врача-специалиста по поводу любого из нижеследующих заболеваний или состояний:
 - 4.1. рак или злокачественное новообразование любого типа, в том числе болезнь Ходжкина;
 - 4.2. лейкемия (лейкоз) или любое заболевание крови, требующее лечения сроком не менее одного месяца;
 - 4.3. любой тип предракового состояния (поражения с участием аномальных клеток и/или патологические изменения органов и тканей, имеющие высокую вероятность перерождения в злокачественные новообразования), которое было диагностировано и подтверждено официальными медицинскими документами, включая, но не ограничиваясь: рак in situ (неинвазивный рак, без прорастания); дисплазии CIN I, CIN II, CIN III; аномальный ПАП-тест; колоректальные полипы;
 - 4.4. диабет любого типа, пищевод Барретта, болезнь Крона, язвенный колит, цирроз печени, алкогольная болезнь печени, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)/ хронический бронхит, увеличение предстательной железы, истинная полицитемия, крипторхизм, системная красная волчанка, синдром Дауна, амилоидоз;
 - 4.5. трансплантация органов, трансплантация костного мозга;
 - 4.6. инфекционные и/или венерические заболевания, а именно: туберкулез, ВИЧ, СПИД, любая форма гепатита (кроме гепатита А);
 - 4.7. любые формы заболеваний сердца, любые формы инсульта, слабоумие, эпилепсия, другие стойкие нервные или психические расстройства;
 - 4.8. заболеваний нервной системы, включая заболевания центральной нервной системы (головного мозга, спинного мозга), периферической нервной системы, автономной нервной системы, опорные структуры нервной системы и их сосудистое снабжение (внечерепную цереброваскулярную систему);
 - 4.9. дефектов опорно-двигательного аппарата, а также любые иные повреждения, приведшие к постоянной инвалидности;
5. в настоящее время он не ожидает результатов каких-либо тестов, процедур или анализов для выяснения причин таких симптомов или состояний, упомянутых в пункте 4. настоящей Декларации;
6. у него не было необъяснимой потери веса (потеря веса без видимой причины) более чем на 4 (четыре) кг за последние 6 (шесть) месяцев;
7. его возраст на момент начала срока страхования не старше 64 (шестидесяти четырех) лет для впервые заключенного Договора (Полиса-оферты) и не старше 75 (семидесяти пяти) лет при пролонгации Договора при условии отсутствия перерыва в сроке страхования.

Примечания:

Условия Декларации Застрахованного, изложенные в пп. 4.7-4.9 применяются только к Программам страхования «АльфаСИНОПСИС РОССИЯ. РАСШИРЕННАЯ» и «АльфаСИНОПСИС ЛЕЧЕНИЕ ЗА РУБЕЖОМ. РАСШИРЕННАЯ».

Условия Декларации Застрахованного, изложенные в п. 4.3., 4.4., 4.6., 4.8., 4.9., 5., 6. в случае пролонгации настоящего Договора (Полиса-оферты) при условии отсутствия перерыва в сроке страхования не применяются.

ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.

1. Настоящим Полисом-офертой АО «АльфаСтрахование» (далее по тексту Полис, Договор), именуемое в дальнейшем Страховщик, в соответствии со ст. 435, 436 ГК РФ, предлагает заключить Договор страхования на следующих условиях: Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования плату (страховую премию) организовать предоставление и произвести оплату медицинской помощи и иных услуг необходимого объема и надлежащего качества в медицинских и иных учреждениях Страховщика в соответствии с условиями настоящего Полиса и «Программой страхования» (далее – Программа), являющейся неотъемлемой частью настоящего Полиса.

2. Стороны признают использование факсимильной подписи и печати Страховщика и договорились, что использование факсимильного воспроизведения подписи уполномоченного Страховщиком лица и печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования (в том числе их графического воспроизведения с помощью компьютерной программы) признается как оригинальная подпись уполномоченного Страховщиком лица, скрепленная печатью Страховщика, документы подписанные Страховщиком с использованием факсимильной подписи и печати признаются сторонами надлежащим образом оформленными. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимильной подписи.

3. Оплачивая страховую премию/ первый страховой взнос, Страхователь подтверждает:

3.1. добровольное заключение настоящего Договора, что оказываемые Страховщиком в рамках договора страхования услуги не являются навязанными ему Страховщиком, не являются заведомо невыгодными, либо обременительными для Страхователя;

3.2. достоверность информации, представленной и указанной в настоящем Договоре, включая достоверность своих персональных данных и персональных данных Застрахованных лиц, изложенных в Полисе-оферте;

3.3. согласие АО «АльфаСтрахование», зарегистрированному по адресу: 115162, г. Москва, ул. Шаболовка, д.31, стр. Б (далее по тексту – Страховщик), на обработку указанных персональных данных (а также персональных сведений, получаемых Страховщиком при исполнении настоящего Полиса), включая передачу (предоставление, доступ) уполномоченным Страховщиком третьим лицам (список таких лиц и политика обработки персональных данных опубликованы на официальном сайте Страховщика <https://www.alfastrah.ru/>) как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств. Страхователь акцептом настоящего Полиса выражает согласие на получение информации на указанные адрес электронной почты и/или номер мобильного телефона о продуктах и услугах Страховщика, в том числе информации об уплате и размере страховой премии (страховых взносах), размере страховой суммы, о возникновении и урегулировании претензий, наступлении/вероятности наступления страховых случаев, выплате страхового возмещения и другую имеющую отношение к страховому Полису информацию. Срок обработки персональных данных устанавливается в течение срока действия настоящего Полиса и пяти лет с даты его прекращения. Страхователь вправе в любое время направить письменное заявление об отзыве согласия на обработку его персональных данных в адрес Страховщика;

3.4. согласие любому врачу, больнице, поликлинике или иной организации, предоставляющей медицинскую помощь, страховой компании или любой другой организации или любому лицу, владеющему любой информацией о Страхователе/ Застрахованном, предоставить эту информацию Страховщику, включая копии либо подлинники документов с указанием заболеваний или несчастных случаев, лечения, произведенных обследований и их результатов, консультаций или госпитализаций;

3.5. наличие согласий Застрахованных лиц на обработку их персональных данных Страховщиком, включая передачу (предоставление, доступ), в т.ч. трансграничную, уполномоченным Страховщиком третьим лицам (список таких лиц и политика обработки персональных данных опубликованы на официальном сайте Страховщика <https://www.alfastrah.ru/>) как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств. В случае, если Застрахованным лицом является несовершеннолетний гражданин, Страхователь гарантирует, что представляет действует в интересах несовершеннолетнего гражданина, выражая согласие на обработку персональных данных, на основании доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя;

3.6. что Страхователь/Застрахованный действует от собственного имени и в своих интересах и не имеет бенефициарных владельцев;

3.7. что Страхователь/Застрахованный не являются публичными должностными лицами либо родственниками публичного должностного лица.

В противном случае Страхователь/Застрахованный обязуется заполнить анкету публичного должностного лица/родственника публичного должностного лица.

3.8. что в полном объеме получил информацию, предусмотренную пунктом 2.1.2 Базового стандарта защиты прав и интересов физических и юридических лиц – получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации, утв. Решением КФН ЦБ РФ, Протокол от 09.08.18 № КФНП-24, которая размещена на сайте Страховщика по адресу: https://www.alfastrah.ru/docs/o_zaschite_prav_potrebitelei.pdf.

4. Страховщик вправе требовать признание настоящего Полиса-оферты недействительным, в случае если Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения о фактах, влияющих на оценку степени страхового риска (п.1 – п.7 Декларации Застрахованного), установление обстоятельств наступления страхового случая.

5. Условия страхования, не оговоренные в настоящем Полисе-оферте, определяются в соответствии с Правилами Добровольного международного медицинского страхования №167 от 26 июля 2021 г., размещенными на сайте Страховщика по адресу: <https://www.alfastrah.ru/upload/iblock/2b9/2b9801a21e68f8264aa6f4c0a97435ee.pdf>.

6. В случае расторжения Полиса-оферты по инициативе Страхователя/Застрахованного в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в полном объеме в соответствии с законодательством РФ. В случае расторжения Полиса-оферты по инициативе Страхователя/Застрахованного по истечении 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения возврат страховой премии не производится.

Полис-оферта считается прекратившей свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Полиса-оферты, но не позднее 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения.

Возврат Страхователю страховой премии производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Полиса-оферты.

7. На основании ст.ст. 435, 438, 440 ГК РФ согласием Страхователя заключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях (акцептом) считается единовременная уплата страховой премии или уплата суммы первого страхового взноса до даты начала срока действия настоящего Полиса-оферты.

7.1. Обязательство Страхователя по уплате страховой премии/ первого/ очередного страхового взноса считается исполненным:

- при уплате страховой премии/ первого/ очередного страхового взноса в безналичном порядке - с момента подтверждения исполнения перевода всей суммы страховой премии/ суммы первого/ очередного страхового взноса обслуживающей Страхователя кредитной организацией;
- при уплате наличными денежными средствами - с момента внесения всей суммы страховой премии/ суммы первого/ очередного страхового взноса в кассу Страховщика или его уполномоченного представителя;
- при оплате страховой премии/ первого/ очередного страхового взноса путем перевода предоставляемых потребителем наличных денежных средств без открытия банковского счета - с момента внесения Страхователем наличных денежных средств кредитной организации либо банковскому платежному агенту (субагенту), осуществляющим деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации о национальной платежной системе.

Стороны установили, что неуплата всей суммы страховой премии/ суммы первого/ очередного страхового взноса Страхователем в установленный настоящим Договором страхования (Полисом-офертой) срок является для Сторон Договора страхования (Полиса-оферты) выражением воли Страхователя на отказ от Договора страхования. При этом Договор страхования расторгается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днём окончания, установленного Договором страхования срока уплаты всей суммы страховой премии / суммы первого/ очередного страхового взноса, которые не были уплачены в полном объеме.

8. В случаях, предусмотренных Законодательством РФ валюта Доллары США применяется в настоящем Договоре исключительно как эквивалент для расчета размеров причитающихся к оплате сумм в российских рублях. Все расчеты по настоящему Договору производятся в рублях по курсу Центрального Банка РФ на дату платежа. При этом дата платежа определяется как дата списания средств со счета Плательщика которая подтверждается соответствующим платежным поручением Банка Плательщика.

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «АЛЬФАСИНОПСИС (АНТИОНКО) РОССИЯ»

1. Страховой случай.

1.1. В соответствии с условиями договора страхования АО «АльфаСтрахование» организует и оплачивает медицинские и иные услуги в медицинских и иных учреждениях в объеме, предусмотренном настоящей программой страхования (далее – Программа), при наступлении страхового случая.

1.2. Страховым случаем в соответствии с настоящей Программой признаётся обращение Застрахованного лица в течение действия Договора к Страховщику для организации и оплаты услуг, предусмотренных настоящей Программой, по поводу возникших в течение действия Договора страхования заболеваний, предусмотренных пунктом 2 настоящей Программы.

Страховая выплата осуществляется в пределах страховой суммы в виде оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой страхования медицинским и иным организациям.

После осуществления страховой выплаты страховая сумма уменьшается на величину выплаченного страхового обеспечения. Размер страховых выплат в течение срока страхования не может превышать установленную в Полисе страховую сумму.

1.3. Страховщик производит организацию и оплату медицинских и иных услуг, оказанных только после даты признания случая страховым.

2. Покрываемые заболевания.

2.1. Онкологическое заболевание. При этом под «онкологическим заболеванием» подразумевается заболевание, входящее в рубрику «Злокачественные новообразования» (C00-C97) и в рубрику «Новообразования in situ» (D00-D09) Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения (МКБ 10), подтвержденное гистологически, а также врачом-онкологом. При этом услуги по первичной постановке диагноза в объем страхового покрытия не входят.

3. Период ожидания.

3.1. Программой предусмотрен период времени с момента вступления Договора страхования в силу и до момента начала действия страхования, в течение которого Страховщик не несет ответственности за страховые случаи, произошедшие с Застрахованным.

3.2. По настоящей Программе, если иное не предусмотрено Договором, установлен период ожидания для всех видов лечения – 120 (сто двадцать) календарных дней с даты начала срока действия Полиса-оферты.

3.3. По случаям, произошедшим в течение периода ожидания Страховщик начнет организацию и оплату услуг, предусмотренных настоящей Программой, по истечении указанного в п.п. 3.2. периода.

4. Порядок получения медицинской помощи.

4.1. По настоящей Программе медицинские и иные услуги предоставляются в медицинских и иных учреждениях Российской Федерации.

4.2. Выбор медицинского учреждения, в котором будет осуществляться помощь, остается за Страховщиком.

Обслуживание Застрахованных осуществляется через АО «АльфаСтрахование».

4.3. Обслуживание Застрахованного может осуществляться с привлечением ассистанской компании.

Под «ассистанской компанией» понимается специализированная организация, которая по поручению Страховщика обеспечивает организацию услуг, предусмотренных настоящей Программой.

Круглосуточная служба поддержки **8-800-700-09-98** (звонок по России бесплатный).

5. Действие сторон при наступлении страхового случая.

5.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового, Застрахованный обязан неукоснительно соблюдать рекомендации врача с целью уменьшения последствий страхового случая.

5.2. Застрахованный (его законный представитель) обязан незамедлительно сообщить Страховщику о наступлении страхового случая любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по факсу, по электронной почте, письмом, телефонный звонок и т.д.), после того, как ему стало известно о наступлении страхового случая (с даты установления Застрахованному диагноза заболевания, покрываемого Программой).

5.3. Застрахованный (его законный представитель) обязан предоставить Страховщику всю известную информацию о страховом случае и все необходимые документы для установления факта страхового случая.

5.4. Для организации медицинских и иных услуг по Программе Застрахованным (его законным представителем) предоставляются Страховщику следующие документы:

5.4.1. уведомление/заявление о наступлении события, имеющего признаки страхового;

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

5.4.3. результаты проведенных анализов, включая результаты морфологического подтверждения (гистологическое или цитологическое исследование);

5.4.4. заключение врача-онколога по результатам морфологического подтверждения диагноза.

5.5. После получения полного пакета документов, указанных в п. 5.4 Программы, Страховщик в течение 3 (Трех) рабочих дней проводит анализ полученных документов и принимает решение о признании/не признании случая страховым.

5.6. При признании случая страховым Страховщик организует предусмотренные договором страхования медицинские и иные услуги в полном соответствии с Программой в течение 14 (Четырнадцати) рабочих дней. При этом Страховщик не несет ответственности, если Застрахованному лицу будет отказано в получении необходимых въездных документов и/или он будет задержан пограничными или иными службами при въезде в страну временного пребывания.

5.7. При признании случая не страховым Страховщик в течение 3 (Трех) рабочих дней с момента принятия решения письменно информирует Застрахованного об отказе в предоставлении медицинской помощи в рамках программы с указанием причин.

6. Объем предоставляемых услуг.

Все услуги предоставляются в соответствии с п. 7 настоящей Программы «Исключения из Программы».

6.1. Медицинские услуги, а именно:

6.1.1. пребывание в одно- или двухместных палатах, включая питание и медицинское обслуживание медицинским персоналом;

6.1.2. хирургическое (включая услуги анестезиолога, использование операционной и т.д.) и консервативное лечение, в том числе химио-, физио-, гормоно-, иммуно- и лучевая терапия;

6.1.3. пребывание в блоке интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;

6.1.4. послеоперационный индивидуальный медицинский пост по медицинским показаниям, не более 8 дней;

6.1.5. пребывание в стационаре с целью диагностического обследования в случае, если по прибытию на лечение в выбранное Страховщиком медицинское учреждение изначальный диагноз опровергается;

6.1.6. реконструктивная хирургия для восстановления или реконструкции структуры ткани или органа, удаленной или измененной при выполнении медицинских вмешательств, организованными и оплаченными в соответствии с условиями настоящей Программы на сумму не более 300 000 (Триста тысяч) российских рублей в год;

6.1.7. консультации врачами-специалистами;

6.1.8. лабораторные и инструментальные исследования;

- 6.1.9. лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения;
- 6.1.10. медицинская транспортировка (скорая медицинская помощь) Застрахованного к поставщику медицинских услуг (в медицинское учреждение и/или между медицинскими учреждениями) по медицинским показаниям, за исключением сан. авиации;
- 6.1.11. сестринский уход на дому на сумму не более 100 000 (Сто тысяч) российских рублей;
- 6.1.12. лечение сопутствующих заболеваний на сумме не более 600 000 (Шестьсот тысяч) российских рублей. При этом под «сопутствующими заболеваниями» понимаются заболевания/медицинские состояния, возникшие в период основного медицинского лечения, покрываемого программой страхования и непосредственно вытекающие из него, что должно быть подтверждено в письменной форме лечащим врачом.
- 6.2. Сервисные услуги, а именно:**
- 6.2.1. сопровождение Застрахованного в месте лечения в течение периода лечения;
- 6.2.3. помощь в бронировании авиа-, ж/д билетов к месту лечения и обратно для застрахованного и одного сопровождающего;
- 6.2.4. организация и оплата немедицинской перевозки (трансферы) в стране лечения для застрахованного и одного сопровождающего от аэропорта до клиники или иного места размещения застрахованного на период лечения, от места размещения до клиники и обратно;
- 6.2.5. предоставление различной медицинской документации.
- 6.3. Расходы на транспортировку, а именно:**
- 6.3.1. Стоимость авиабилетов к месту лечения и обратно к месту постоянного проживания экономическим классом для застрахованного и одного сопровождающего.
- 6.4. Расходы на проживание, а именно:**
- 6.4.1. Стоимость размещения на период лечения в гостинице категории не более 4-х звезд для застрахованного и одного сопровождающего, включая завтраки. При этом Страховщик оплачивает расходы на проживание в номере категории «Стандарт».
- 6.5. Репатриация останков к месту постоянного проживания Застрахованного.
- 6.6. Экспертиза временной нетрудоспособности.
- 6.7. В случаях, когда лечение не было завершено до окончания срока действия настоящего Договора (Полиса-оферты), организация и оплата медицинских и иных услуг производится Страховщиком в объеме согласованного в течение действия договора страхования протокола лечения. При исполнении обязательств Страховщика перед Застрахованным в пределах объема согласованного в течение действия договора страхования протокола лечения организация и оплата медицинских услуг сверх предусмотренных протоколом лечения не производится. Под «согласованным протоколом лечения» понимается этап лечения, рекомендованный врачом-специалистом, объем и стоимость которого были согласованы Страховщиком в течение действия договора страхования.
- 6.8. Страховая сумма, в пределах которой Страховщик организует и оплачивает услуги, покрываемые по настоящей Программе, составляет 6 000 000 (Шесть миллионов) российских рублей.

7. Исключения из Программы.

- 7.1. Если законом или договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик не организывает и не оплачивает медицинские и иные услуги в случаях:
- 7.1.1. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, которые не предусмотрены договором страхования и/или которые возникли вне периода действия договора страхования;
- 7.1.2. получения Застрахованным медицинских и иных услуг на территории, не предусмотренной договором страхования;
- 7.1.3. получения медицинских и иных услуг по желанию Застрахованного и/или не назначенных лечащим врачом и/или не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения основного заболевания, покрываемого программой страхования, лечения осложнений и/или побочных эффектов (если такое лечение предусмотрено договором страхования), а также приобретение лекарственных средств или средств ухода за больным без медицинских показаний;
- 7.1.4. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, связанных с лечением осложнений и/или побочных эффектов, которые являются прямым или косвенным следствием основного заболевания, покрываемого программой страхования;
- 7.1.5. получения Застрахованным медицинских и иных услуг в профилактических целях, а также для сохранения/восстановления репродуктивных функций организма;
- 7.1.6. получения Застрахованным услуг по реабилитации;
- 7.1.7. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, выполняемых в эстетических и/или косметических целях, кроме операции по реконструкции груди после резекции молочной железы, а также реконструкции лица после операций и/или травм;
- 7.1.8. получения Застрахованным медицинских и иных услуг в связи с:
- дисплазией шейки матки CIN1, CIN2, CIN3 или опухолями, которые цитологически или гистологически диагностированы как предраковые;
 - злокачественными новообразованиями кожи, за исключением меланомы;
 - онкологическими заболеваниями на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ);
- 7.1.9. получения паллиативной/симптоматической терапии;
- 7.1.10. лечения сопутствующих заболеваний сверх объема, указанного в настоящей Программе. При этом под «сопутствующими заболеваниями» понимаются заболевания/медицинские состояния, возникшие в период основного медицинского лечения, покрываемого программой страхования и непосредственно вытекающие из него, что должно быть подтверждено в письменной форме лечащим врачом;
- 7.1.11. получения экспериментального лечения.