

Настоящий Договор добровольного медицинского страхования (далее – Договор страхования) заключен на условиях Правил добровольного медицинского страхования от критических заболеваний, утвержденных ООО «РБ Страхование Жизни» и действующих на дату заключения Договора страхования (далее – Правила).

СТРАХОВЩИК

Общество с ограниченной ответственностью «РБ Страхование Жизни» (далее – Страховщик), лицензия на осуществление страхования СЛ № 4079 (вид деятельности - добровольное личное страхование, за исключением добровольного страхования жизни) выдана Банком России бессрочно. Адрес места нахождения: 107078, г. Москва, ул. Маши Порываевой, д. 34, этаж 2, ком. 58, ИНН: 7706625952, КПП 770801001, Р/с: 40702810797180000108 в ПАО РОСБАНК, БИК 044525256, Корр. счет 30101810000000000256 в ГУ Банка России по Центральному федеральному округу. Режим работы офиса по адресу места нахождения Страховщика: понедельник – пятница с 09.00 до 18.00 МСК. Сайт: <https://rosbankinsurance.ru/> При наступлении страхового события или возникновении иных вопросов, пожалуйста, позвоните по телефону центра поддержки клиентов 8-800-700-7-333 (работает 7 дней в неделю, 24 часа в сутки; звонок по территории РФ бесплатный).

СТРАХОВАТЕЛЬ/ЗАСТРАХОВАННЫЙ

Фамилия: _____
Имя: _____
Отчество: _____
Пол: _____ Дата рождения: ____ / ____ / ____
Место рождения: _____
Тип документа, удостоверяющего личность: _____
Серия _____ номер
ИНН (при его наличии): _____
Гражданство: _____

Адрес регистрации: _____
Почтовый индекс: _____ Город: _____
Область/регион: _____
№ телефона: _____
Адрес электронной почты: _____

Номер банковского счета Страхователя в ПАО РОСБАНК:

УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

Страховые риски: Наступление в период срока страхования обстоятельств, из числа нижеперечисленных, требующих оказания и оплаты Медицинских и Иных услуг, за исключением событий, произошедших при обстоятельствах, указанных в разделе 5 Правил:

Перечень обстоятельств	- Диагностирование и назначение лечения злокачественного новообразования, согласно п. 4.2.1. Правил; - Назначение операции по трансплантации костного мозга в целях лечения лимфомы и лейкоза, согласно п. 4.2.2. Правил; Все медицинские события, перечисленные выше, указаны в значении пункта 4.2 Правил.
Страховая выплата	Организация и оплата Медицинских и Иных услуг, за исключением расходов, указанных в п.10.12 -10.13 Правил, на территории: Российская Федерация.
Страховая сумма	
Страховая премия	

СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: Страховая премия должна быть уплачена одновременно на указанный выше расчетный счет Страховщика, в течение 5 (пяти) календарных дней с момента заключения Договора страхования. При несвоевременной уплате страховой премии либо уплате в меньшем размере, Договор страхования считается не вступившим в силу без дополнительного уведомления со стороны Страховщика, а поступившая по такому договору сумма премии возвращается в полном объеме. Страхователь имеет право отказаться от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, при этом Договор страхования считается прекратившим свое действие по данному основанию с момента заключения, Страхователю возвращается сумма оплаченной страховой премии в полном объеме в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя.

СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ: равен **12 (двенадцати)** месяцам. Договор страхования считается заключенным со дня его подписания. Договор страхования вступает в силу с момента его заключения, но не ранее дня оплаты страховой премии. Страхование, обусловленное Договором страхования, начинает действовать на 121 (сто двадцать первый) календарный день с момента заключения Договора страхования. Срок страхования заканчивается в момент прекращения Договора страхования.

ПЕРЕЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ НА НОВЫЙ СРОК: Договор страхования по обоюдному согласию его Сторон может быть перезаключен на очередной срок страхования, составляющий 12 (двенадцать) месяцев, путем оплаты Страхователем в полном объеме страховой премии за очередной срок страхования, не позднее 14 (четырнадцати) календарных дней с даты, следующей за датой окончания срока действия Договора страхования. Страхование, обусловленное Договором страхования, перезаключенным на очередной срок страхования, распространяется на страховые случаи, происшедшие с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания срока действия Договора страхования. В случае если в установленный выше срок страховая премия не поступила Страховщику, либо поступила не в полном объеме, Договор страхования считается прекращенным с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания срока действия Договора страхования, в связи с истечением срока его действия. В случае изменения страхового тарифа на очередной год страхования и соответствующего изменения страховой премии Страховщик уведомляет Страхователя до окончания текущего срока страхования.

МЕДИЦИНСКИЕ И ИНЫЕ УСЛУГИ: услуги оказываются Сервисной компанией Madanes Advanced Healthcare Services Ltd на основании договора со Страховщиком. Для получения услуг Застрахованному лицу необходимо обратиться по телефону 8-800-5116462 и следовать указаниям оператора. Звонок по территории РФ бесплатный.

Страховщик

/ Павлова И.А./

Страхователь _____ /

Дата: « ____ » ____ 20 ____ года

Страховщик вправе в течение срока действия Договора страхования заменить Сервисную организацию, указанную выше, другой аналогичной Сервисной организацией. В этом случае Страховщик уведомляет Страхователя и Застрахованного о новых контактных данных.

Медицинские и Иные услуги, подлежащие организации и оплате, указанные в п.п. 10.10 - 10.11. Правил:

- Объем Медицинских услуг, оказываемых Застрахованному в Медицинском учреждении, включает в себя: медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях: осмотры Врачами, в том числе Врачами-специалистами; диагностические медицинские вмешательства, выполняемые Медицинскими учреждениями по выбору Страховщика, в том числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические исследования, функциональная диагностика; лечебные медицинские вмешательства в пределах Страховой суммы, включающие хирургическое лечение, химиотерапию, лучевую терапию, иные методы лечения, научно обоснованные, разрешенные к применению на территории России и применяемые в рамках оказания медицинской помощи Медицинскими учреждениями по выбору Страховщика на территории России; трансплантация костного мозга, выполняемая Медицинским учреждением по выбору Страховщика, имеющим соответствующую лицензию; имплантация, необходимая в целях реконструктивного лечения, включая стоимость имплантатов на сумму не более эквивалента 900 000 (Девятьсот тысяч) рублей в год на один страховой случай (в соответствии с валютой Договора страхования); лекарственные средства, применяемые при лечении в стационарных условиях и в условиях дневного стационара; Хирургическое вмешательство и Медицинские услуги по удалению органа или ткани донора, предназначенных для трансплантации Застрахованному; Услуги стационара: пребывание Застрахованного в Медицинском учреждении, в том числе послеоперационный индивидуальный медицинский пост, но не более 8 календарных дней (включая, сестринский уход на дому на сумму не более эквивалента 750 000 (Семьсот пятьдесят тысяч) рублей, в соответствии с валютой Договора страхования). Страховщик может организовывать пребывание одного Сопровождающего лица, если такое сопровождение необходимо по медицинским показаниям; Выписка необходимой медицинской документации.

- Объем Иных услуг, оказываемых Застрахованному в случае необходимости, включает: медицинскую транспортировку (медицинская эвакуация) Застрахованного и Сопровождающего лица к поставщику Медицинских услуг и возвращение обратно (за исключением санавиации): транспортировка Застрахованного от дома (из Медицинского учреждения) до аэропорта автомобилем скорой медицинской помощи (при наличии медицинских показаний), оплата билета экономического класса для Застрахованного и одного Сопровождающего лица (а также при необходимости донора), встреча в аэропорту и транспортировка автомобилем скорой медицинской помощи до Медицинского учреждения, в котором будет проводиться лечение. Включая медицинскую транспортировку в случае наступления у Застрахованного лица состояния комы во время поездки. Транспортировка Застрахованного и Сопровождающего лица на такси из отеля и обратно при необходимости нескольких посещений Медицинского учреждения во время прохождения обследования за пределами России. При транспортировке Сопровождающего лица билеты до места лечения Застрахованного и обратно оплачиваются не более одного раза. Организацию проживания, включая бронирование номера (при наличии Сопровождающего лица двухместного номера) в отеле категории 3-4 звезды; Выбор отеля будет зависеть от наличия мест и близости к Медицинскому учреждению, либо от места нахождения лечащего Врача в радиусе 10 км. Завтрак, питание и непредвиденные расходы в отеле не возмещаются, если только завтрак/питание не включаются автоматически в стоимость бронирования номера, в соответствии с правилами отеля. Страховщик в случае смерти Застрахованного и/или Сопровождающего лица, произошедшей в ходе лечения Застрахованного, организованного в соответствии с Договором страхования (либо донора - в случае смерти, связанной непосредственно с забором органа/ткани), организует репатриацию останков Застрахованного и/или Сопровождающего лица (донора в случае смерти, связанной непосредственно с забором органа/ткани), предоставляет услуги и материалы, необходимые для подготовки тела и его транспортировки. Страховщик не оплачивает расходы по проезду или проживанию, осуществленные самим Застрахованным либо третьим лицом от имени Застрахованного, без согласования Страховщиком.

В случае обращения Застрахованного к Страховщику/Сервисную компанию по поводу впервые диагностированного заболевания, которое к моменту окончания действия Договора страхования, не подтверждается медицинскими документами из числа перечисленных в п. 10.3 Правил, Страховщик оставляет за собой право на оплату Медицинских услуг, назначенных Страхователю/Застрахованному в течение месяца со дня окончания срока действия Договора страхования в пределах лимита ответственности по Договору страхования.

ГАРАНТИИ И ЗАВЕРЕНИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ/ЗАСТРАХОВАННОГО

- Предоставленные мною сведения являются достоверными, и я не возражаю против их дополнительной проверки.
- Я предупрежден, что сообщенные мною сведения определяют существенные условия Договора страхования и что сообщение заведомо ложных или искаженных сведений в соответствии со ст.944 ГК РФ может послужить основанием для признания Договора страхования недействительным.
- Я осведомлен о том, что являясь стороной Договора страхования, Страховщик осуществляет обработку моих персональных данных (далее – ПДн), содержащихся в Договоре страхования, а также персональных данных о состоянии моего здоровья.
Цели обработки ПДн:
 - заключение, исполнение, изменение, продление, прекращение Договора страхования;
 - заключение, исполнение, изменение, прекращение сделок между Страховщиком и Обработчиками (как они определены ниже);
 - контроль и оценка качества предоставляемых мне услуг, согласно условиям Договора страхования, по всем вопросам их предоставления.
- Я также подтверждаю свое ознакомление с иными целями обработки ПДн, содержащимися в Правилах страхования.
- Я даю своё согласие Страховщику поручить обработку моих персональных данных (с учетом того, что применимо) ПАО РОСБАНК, юридический адрес – 107078, г. Москва, ул. Маши Порываевой, д.34, ООО «РБ Страхование», юридический адрес – 107078, г. Москва, ул. Маши Порываевой, д. 34, этаж 2, ком. 62, ООО «ОСГ Рекордс Менеджмент Центр», юридический адрес – 127083, г. Москва, ул. Восьмого Марта д.14, стр.1, Madanes Advanced Healthcare Services Ltd., ООО «МСР», юридический адрес - 115093 г. Москва, Серпуховский переулок д.7, стр.1, а также иным обработчикам (далее – «Обработчики»). При этом к иным обработчикам относятся любые третьи лица, осуществляющие обработку ПДн Страхователя/Застрахованного по поручению Страховщика на основании заключенных с этими лицами договоров/соглашений (агентские, возмездного оказания услуг, о взаимном сотрудничестве, обеспечении конфиденциальности и безопасности и др.) в связи с предоставлением услуг, согласно условиям Договора страхования.
- Я даю согласие на предоставление моих ПДн Обработчикам, а также иным третьим лицам, круг которых ограничен и определен опосредовано как лица, с которыми Страховщик вправе взаимодействовать в связи с исполнением Договора страхования. Перечень действий, на осуществление которых дается согласие, и общее описание способов обработки: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, как с использованием средств автоматизации (в т.ч. программного обеспечения), так и без их использования (на материальных, в т.ч. бумажных, носителях).

Страховщик



/ Павлова И.А./

Страхователь

Дата: «__» _____ 20__ года

Перечень ПДн, на обработку которых дается согласие (с учетом того, что применимо): ФИО, пол, дата рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер), ИНН (при наличии), контактная информация (адрес регистрации, номер телефона, адрес электронной почты), платёжные реквизиты, иные персональные данные, содержащиеся в Договоре страхования и/или других документах, которые переданы/будут переданы Страховщику в связи с оказанием услуг, согласно условиям Договора страхования, а также данные, которые обрабатываются с моих слов.

- Я даю согласие на передачу Страховщику и/или Madanes Advanced Healthcare Services Ltd и/или ООО «МСР» информации о состоянии моего здоровья, в целях исполнения условий Договора страхования;
 - Я согласен на передачу Страховщику и/или ПАО РОСБАНК и/или Madanes Advanced Healthcare Services Ltd и/или ООО «МСР» документов и заключений, связанных с наступлением страхового события и необходимых для решения вопроса о страховой выплате, следующими организациями:
 - лечебно-профилактическими (в том числе больничными, амбулаторно-поликлиническими учреждениями, диспансерами, центрами медико-социальной экспертизы, учреждениями скорой помощи независимо от формы собственности, врачами частной практики) и особого типа (в том числе центрами, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомическими бюро) учреждениями здравоохранения информации о состоянии моего здоровья, в том числе справок и актов о подтверждении инвалидности, выписок (эпикризов) из медицинских карт (историй болезни), актов медицинского освидетельствования, актов вскрытия, направленных на медико-социальную экспертизу, заключений медико-социальной и судебно-медицинской экспертизы;
 - моим работодателем, правоохранительными органами, органами ЗАГС, в том числе копий актов о несчастных случаях, копий протоколов происшествий, справок, постановлений, выписок из книг регистрации актов гражданского состояния;
 - иными организациями и индивидуальными предпринимателями в соответствии с федеральным законодательством РФ
- Согласие на обработку моих ПДн Страховщиком и Обработчиками действует в течение срока действия Договора страхования, и ещё пять лет после его прекращения, а также истечения срока, необходимого для выполнения положений нормативных правовых актов РФ. Обрабатываемые ПДн подлежат хранению в течение срока действия согласия, если иное не установлено законодательством РФ. Согласие может быть отозвано посредством направления письменного уведомления Страховщику.
- При изменении идентификационных сведений¹ Страхователя и/или иных участников договора страхования, представленных Страховщику при оформлении настоящего договора страхования, Страхователь обязуется сообщать Страховщику о таких изменениях в срок не позднее 7 рабочих дней, либо до момента осуществления операции в рамках договора страхования.
 - Стороны согласны с использованием в Договоре страхования, дополнительных соглашениях к нему, и в документах, связанных с исполнением договора факсимильного воспроизведения подписи уполномоченного представителя Страховщика, выполненной с помощью средств механического или иного копирования, либо иных аналогов его собственноручной подписи, и договорились, что данные документы имеют такую же юридическую силу, что и документы, подписанные собственноручно.
 - В случае спорных ситуаций положения Договора страхования имеют приоритетную силу по отношению к Правилам страхования.

ДЕКЛАРАЦИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ

Подписывая Договор страхования, я подтверждаю, что:

- не являюсь инвалидом, и документы на установление мне группы инвалидности не подавались;
- в настоящее время или в течение последних 10 лет не прохожу/проходил(-а) стационарное, амбулаторное, восстановительное или превентивное лечение, либо мне не устанавливался по результатам обследования диагноз, либо не нахожусь/находился под наблюдением врача-специалиста по поводу любого из нижеследующих заболеваний или состояний:
 - рак или злокачественное новообразование любого типа, в т.ч. болезнь Ходжкина;
 - лейкоemia (лейкоз) или любое заболевание крови, требующее лечения сроком не менее одного месяца (например, анемия, лимфома, миелома, нарушение свертываемости крови, гемофилия или повышенная кровоточивость сосудов и т.д.);
 - рак in situ (неинвазивный рак, без прорастания) или любые предраковые (предопухольевые) заболевания или патологические изменения органов и тканей (дисплазии), имеющие высокую вероятность перерождения в злокачественные новообразования, включая, но не ограничиваясь предраковыми изменениями в области молочных желез / женских половых органов, мочевого пузыря или простаты;
 - любые формы заболеваний сердца (например, сердечный приступ, стенокардия, перенесенный инфаркт миокарда, кардиосклероз, кардиомиопатия, нарушения клапанов сердца, стеноз/порок, шумы в сердце или ревматизм; (не включая лечение только в связи с высоким кровяным давлением и/или высоким уровнем холестерина);
 - любые формы инсульта; любая форма диабета.
- не выкуриваю более 20 сигарет в день; не употребляю алкоголь более чем в день 1500 мл пива и/или 500 мл вина и/или 100 мл крепких напитков (≥40 градусов);
- разница между моим ростом (в сантиметрах) и весом (в килограммах) находится в диапазоне от 80 до 120 (например: рост 180 см – Вес 70 кг = 110).

ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ ЗАКЛЮЧЕН СТОРОНАМИ ПУТЕМ ПОДПИСАНИЯ ОДНОГО ДОКУМЕНТА. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ ПОДПИСАН В ДВУХ ЭКЗЕМПЛЯРАХ, ИМЕЮЩИХ РАВНУЮ ЮРИДИЧЕСКУЮ СИЛУ

Страховщик

Генеральный директор на основании Устава
Павлова И.А.



Страхователь

Договор страхования и Правила страхования получены.

С Правилами страхования, являющимися неотъемлемой частью Договора страхования, ознакомлен, условия понятны. Все положения Договора страхования, включая размер и порядок оплаты страховой премии, порядок страховой выплаты путем организации и оплаты Медицинских и Иных услуг, порядок расторжения Договора страхования и другие условия понятны.

Дата: «__» _____ 20__ года.

_____ / _____

¹ Сведения, полученные в целях идентификации (упрощенной идентификации), в соответствии с Федеральным законом от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма»