

Договор добровольного медицинского страхования

М

от .20 г.

И К П	агента	<input type="text"/>	Спец. программа _____	Д. посредника № _____
	куратора	<input type="text"/>	КПП <input type="text"/>	Канал продаж <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Настоящий Договор добровольного медицинского страхования (далее – договор ДМС) заключен в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования, утвержденными Приказом от 31.07.2015 №179 (далее – Правила страхования) (приложение 1) и дает Застрахованному право на получение медицинской помощи в соответствии с условиями Комплексной программы ДМС, указанной в настоящем договоре ДМС.

Страхователь/Контактное лицо:		
ФИО:	Дата рождения:	Пол:
ФИО (на латинице):	<input type="text"/> год	М Ж
Паспорт: Серия <input type="text"/> <input type="text"/> № <input type="text"/> Выдан (кем/когда):		
Гражданство: РФ другое:		
Данные миграционной карты:		
Адрес фактического места проживания:		
Телефоны:		
		E-mail:
Застрахованный:		
ФИО:	Дата рождения:	Пол:
ФИО (на латинице):	<input type="text"/> год	М Ж
Паспорт: Серия <input type="text"/> <input type="text"/> № <input type="text"/> Выдан (кем/когда):		
Гражданство: РФ другое:		
Данные миграционной карты:		
Адрес фактического места проживания:		
Телефоны:		
Должность:		
Данные о родителе (для застрахованных младше 16 лет)		
Пролонгация договора: нет да № предыдущего договора:		

В соответствии с настоящим Договором объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

Программа страхования:				
Описание	Страховые суммы	Территория покрытия	Период ожидания* (для первого года страхования)	Лекарственное обеспечение
Альянс ДМС Бест Доктор: Программа Стандарт	1 000 000 € в год 2 000 000 € пожизненно	Весь мир, кроме РФ	180 дней	Пожизненный лимит в 50 000 € на медикаменты, приобретенных на территории РФ по назначению врача
			90 дней	
Альянс ДМС Бест Доктор: Программа Лечение онкологии	500 000 € в год 1 000 000 € пожизненно	Весь мир, кроме РФ и США	180 дней	
			90 дней	

* период с даты начала действия страхования; любое заболевание, которое было диагностировано или симптомы которого впервые проявились в данный период, не признается страховым случаем. При продлении/пролонгации договора на очередной год, период ожидания в отношении продленного договора не применяется.

Кодировка программы: _____

Дата проведения андеррайтинга . 20 г. Подпись андеррайтера _____

Страховая премия по настоящему Договору (сумма прописью): _____

Оплата производится: **единовременно**

Наличным платежом: Квитанция № _____ от 20 г.

Безналичным платежом: Платежное поручение № _____ от 20 г.

платеж: в срок до: 20 г.

Срок действия договора: с 20 г. по 20 г.

Дополнительные условия:

1. В случае задержки Страхователем очередного платежа страховой премии более, чем на 5 банковских дней от даты уплаты, указанной в Договоре страхования, Страховщик в праве расторгнуть Договор страхования в порядке, предусмотренном законодательством РФ.
2. В случае отказа Страхователя от Договора страхования в течение пяти рабочих дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, уплаченная страховщику страховая премия подлежит возврату Страхователю в порядке, установленном настоящим пунктом. В случае если Страхователь отказался от Договора страхования в срок, установленный настоящим пунктом, и до даты возникновения обязательств страховщика по Договору страхования (далее – дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату страховщиком Страхователю в полном объеме. В случае если Страхователь отказался от Договора страхования в срок, установленный настоящим пунктом, но после даты начала действия страхования, страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования.

Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования. Возврат Страхователю страховой премии за неистекший период страхования производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в течение 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования в порядке, установленном настоящим пунктом, содержащего указание на выбранный Страхователем способ получения подлежащей возврату части страховой премии (наличными деньгами или в безналичном порядке, в случае выбора безналичного порядка Страхователем в заявлении указываются полные реквизиты для перечисления денежных средств).

3. При досрочном расторжении настоящего Договора ДМС по инициативе Страхователя, возврат страховой премии не производится.
4. Обработка персональных данных Страхователя /Застрахованных по настоящему Договору, содержащихся в документах, передаваемых Страховщику в целях заключения и исполнения настоящего Договора страхования, осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 года №152-ФЗ «О персональных данных».

Общие условия:

Настоящим подтверждаю, что я, Страхователь, Застрахованное лицо (Застрахованные лица) не является Российским должностным лицом (РДЛ) и должностным лицом публичной международной организации (ДЛПМО), родственником РДЛ, иностранными публичными должностными лицами или родственниками иностранного публичного должностного лица, а также лицами, в отношении которых установлены и действуют экономические и/или политические программы санкций или ограничения, предусмотренные решениями компетентных органов Российской Федерации, Организации Объединенных Наций, Европейского союза, США и иных стран и организаций, а также не являюсь (-емся) лицом (-ами), внесенным (-и) в списки лиц, подверженных санкциям в связи с легализацией (отмыванием) доходов, террористической и иной незаконной деятельностью, формируемыми указанными странами и организациями, и соглашаюсь с тем, что предоставление страхового покрытия, страховые выплаты или иные платежи в отношении лиц, на которых распространяются программы санкций или которые внесены в списки лиц, подверженных санкциям, будут сделаны только при условии получения соответствующего разрешения органа, установившего санкцию ограничение.

Настоящим подтверждаю, что Страхователь действует от своего имени и в своих интересах, не выступает от имени ДЛПМО, отсутствуют бенефициарные владельцы. Настоящим Страхователь, заключая договор страхования на основании настоящих Правил и в соответствии с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» (далее «ФЗ»), выражает свое согласие Страховщику - ООО СК «Альянс Жизнь», адрес: 115184, г. Москва, Озерковская набережная, д. 30 на смешанную (автоматизированную и неавтоматизированную) обработку (включая все действия, перечисленные в ст. 3 ФЗ) своих персональных данных и персональных данных Застрахованных, включая персональные данные о состоянии здоровья, указанные в заявлении на страхование/договоре (полисе) страхования и иных документах, представленных при заключении договора (полиса) страхования, в целях надлежащего исполнения договора страхования, организации оказания медицинских услуг, включения персональных данных в информационную систему персональных данных (клиентскую базу данных группы компаний Альянс/ Allianz) и информирования Застрахованных о факте их прикрепления к договору страхования в качестве застрахованных лиц, в том числе - по мобильному телефону (включая смс-рассылку) и по электронной почте.

Страхователь гарантирует, что передача персональных данных Застрахованных, Выгодоприобретателей информацию о номерах телефонов и адресах электронной почты указанных лиц в пользу Страховщика происходит с их письменного согласия.

Также Страхователь выражает согласие на обработку (включая все действия, перечисленные в ст. 3 ФЗ, в том числе передачу от Страховщика в пользу группы компаний Альянс/Allianz, включая, но не ограничиваясь компанией – АО СК «Альянс», находящейся по адресу: Российская Федерация, 115184, г. Москва, Озерковская набережная, д. 30) своих персональных данных и персональных данных иных вышеперечисленных лиц, указанных в заявлении на страхование/договоре (Полисе) страхования и других документах, представленных при заключении договора (Полиса) страхования, в целях исполнения договора страхования.

Передача персональных данных происходит с соблюдением всех необходимых процедур и согласований, в строгом соответствии с действующим законодательством. Настоящее согласие действительно в течение срока действия договора (Полиса) страхования и в течение 5 лет после окончания действия Договора (Полиса) страхования. Настоящее согласие на обработку персональных данных может быть отозвано посредством направления письменного уведомления в адрес ООО СК «Альянс Жизнь».

Правила страхования и Приложения к настоящему Договору ДМС получил, с условиями страхования согласен.

Страхователь: _____ (подпись) _____ (Ф.И.О)	От имени Страховщика: МП _____ (подпись) _____ (Ф.И.О)
--	---

По доверенности от _____ № _____

Представитель Альянс Жизнь _____, контактный телефон _____ e-mail _____

Договор заключен при посредничестве агента _____ *, действующего на основании Агентского договора от _____ № _____

ОГРН _____

ФИО _____ / _____ (подпись) печать агента **

* указывается наименование агента, если это юридическое лицо, или ИЧП, и ФИО агента, если это физическое лицо.

** только если агент юридическое лицо или ИЧП.

По вопросам организации медицинской помощи обращайтесь на Пульт Альянс Жизнь по телефону: +7 495 234-16-62, 8 800 100 58 00

По вопросам качества обслуживания просим обращаться в /Отдел по работе с обращениями клиентов ООО СК «Альянс Жизнь» на адрес электронной почты dk@allianz.ru или по телефону +7 495 232 3333