

**КЛЮЧЕВОЙ ИНФОРМАЦИОННЫЙ ДОКУМЕНТ
ОБ УСЛОВИЯХ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
(ПРОГРАММА 1.04)**



Подготовлен на основании Правил добровольного комплексного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев и болезней ООО «АльфаСтрахование-Жизнь» (далее – Страховщик), в редакции, действующей на дату заключения договора страхования (далее – Правила страхования).

Страховщик: ООО «АльфаСтрахование-Жизнь»

115162, г. Москва, ул. Шаболовка, д. 31, стр. Б (адрес для направления корреспонденции)

г. Москва, ул. Шаболовка, д. 31, стр. 5 (адрес для приема физических лиц)

Раздел I. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?

Страховые риски:

1. Возникновение обстоятельств, требующих оказания медицинских и/или медико-сервисных услуг Застрахованному при амбулаторном и/или стационарном обследовании, дистанционных консультациях и/или дистанционном наблюдении, и/или лечении в соответствии с условиями Программы (Приложение № 1 к договору страхования), Медицинской программы №4 (Приложение № 12 к Правилам) (**риск «ДМС»**).

Раздел II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

1. По риску «ДМС» не признаются Страховыми случаями события, если: 1.1. Медицинские и/или Медико-сервисные услуги, оказанные Застрахованному (полученные Застрахованным) не предусмотрены Договором страхования или Программой, Правилами страхования, Медицинской программой; 1.2. Застрахованным получены Медицинские и/или Медико-сервисные услуги в Медицинских организациях и/или Сервисных организациях, не предусмотренных Договором страхования или Программой, Правилами страхования, Медицинской программой, или выбор которых не был согласован со Страховщиком (представителем Страховщика); 1.3. Застрахованным получены Медицинские и/или Медико-сервисные услуги, не назначенные лечащим врачом, либо не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования и/или лечения заболевания, а также приобретены лекарственные средства и/или средства ухода за больным без медицинских показаний; 1.4. Необходимость получения Медицинских и/или Медико-сервисных услуг связана с любыми заболеваниями и состояниями, вызванными намеренно или с умыслом, либо являющимися следствием проявления халатности или преступной неосторожности Застрахованного, либо возникшими при совершении преступления; 1.5. Медицинские и/или Медико-сервисные услуги были оказаны Застрахованному с нарушением порядка их предоставления, предусмотренного Договором страхования или Программой, Правилами страхования, Медицинской программой; 1.6. Застрахованный/представитель Застрахованного в момент оказания медицинских услуг находится в состоянии алкогольного, токсического и/или наркотического опьянения.

2. Не признаются страховыми случаями события, указанные как исключения из страхового покрытия в Правилах, Медицинской программе, Программе страхования.

2.1. В отношении услуг «Организация лечения Застрахованного в связи с впервые диагностированным онкологическим заболеванием», «Медицинская реабилитация Застрахованного после впервые перенесенного инфаркта миокарда», «Медицинская реабилитация Застрахованного после впервые перенесенного инсульта» не признаются страховыми случаями события если: 2.1.1. Профессия Застрахованного связана (была связана в прошлом) с повышенным риском для здоровья, а именно: присутствует (присутствовал) контакт с токсичными материалами (включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины), со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией; Застрахованный состоял/состоит на учете в наркологическом диспансере; 2.1.2. За последние 10 (десять) лет у Застрахованного были диагностированы следующие состояния или симптомы, по которым он был вынужден обратиться за медицинской помощью, а именно: 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, хронический панкреатит, амилоидоз; трансплантация органов, трансплантация костного мозга; инфекционные и/или венерические заболевания, а именно: туберкулез, ВИЧ, СПИД, длительная лихорадка, гепатит (кроме гепатита А); 2.1.3. Необходимость оказания медицинских или медико-сервисных услуг возникла в связи с нарушением Застрахованным рекомендаций врачей, правил и распорядка при нахождении на лечении в лечебном учреждении; 2.1.4. При заболеваниях и состояниях, не предусмотренных Договором страхования, Медицинской программой, Программой страхования и/или которые

возникли до начала срока действия Договора страхования или после окончания срока действия Договора страхования.

2.2. Дополнительно в части услуги «Организация лечения Застрахованного в связи с впервые диагностированным онкологическим заболеванием» не признаются страховыми случаями события если: 2.2.1. У кровных родственников первой степени родства Застрахованного (родители, дети, родные братья и/или сёстры) были диагностированы онкологические заболевания до достижения ими 60 (шестидесяти) лет; 2.2.2. В течение 10 (десяти) лет до заключения Договора страхования у Застрахованного были диагностированы состояния или симптомы, по которым он был вынужден обратиться за медицинской помощью, а именно: любой тип злокачественных заболеваний (опухоли, лимфома, лейкоз) или любой тип опухоли головного мозга; любые предраковые состояния (включая карциномы in situ, меланомы in situ, патологический ПАП-тест или CIN-тест).

2.3. Дополнительно в части услуг «Медицинская реабилитация Застрахованного после впервые перенесенного инфаркта миокарда», «Медицинская реабилитация Застрахованного после впервые перенесенного инсульта» не признаются страховыми случаями события если: 2.3.1. У Застрахованного наблюдались симптомы инфаркта миокарда и/или инсульта до начала срока действия Договора страхования; 2.3.2. Застрахованный до даты заключения Договора страхования страдал любыми формами сердечно-сосудистых заболеваний, включая, нарушения кровообращения: любая форма инсульта или кровоизлияния в мозг, сердечный приступ, стенокардия, кардиосклероз, кардиомиопатия, заболевания (в т. ч. пороки) клапанов сердца, шумы в сердце, аритмия, ревматизм, нарушения коронарных артерий, атеросклероз, заболевания периферических кровеносных сосудов (кроме варикозного расширения вен 1-й степени).

3. Страховщик освобождается от страховой выплаты при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, происшедшего вследствие: 3.1. Умысла Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя; 3.2. Самоубийства (покушения Застрахованного на самоубийство) в течение первых двух лет действия Договора страхования, за исключением доведения Застрахованного до самоубийства противоправными действиями третьих лиц; 3.3. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения; 3.4. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий; 3.5. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

4. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате в случае: 4.1. Если Страхователь (Выгодоприобретатель) не уведомил Страховщика (или его представителя) о наступлении страхового случая, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести страховую выплату, а также в случае невыполнения Страхователем (Выгодоприобретателем) обязанностей, предусмотренных условиями договора страхования, которое повлекло за собой невозможность принятия Страховщиком решения о признании случая страховым и осуществлении страховой выплаты; 4.2. Если Страхователь при заключении договора добровольного страхования сообщил заведомо ложные сведения, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления.

Полный перечень исключений из страхового покрытия содержится в Разделе 4 «Исключения из страхового покрытия» Правил страхования, в Разделе 2 «Исключения из страхового покрытия» Медицинской программы № 4 (Приложение № 12 к Правилам страхования).

Раздел III. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

Страхование действует на территории Российской Федерации за исключением зон боевых (военных) действий.

Раздел IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, необходимо сообщить об этом Страховщику (представителю Страховщика) в срок не позднее 30 календарных дней с момента как ему стало известно о наступлении Страхового случая. Требования по страховой выплате могут быть предъявлены в течение установленного срока исковой давности.

Для получения страховой выплаты (страхового возмещения) требуется представить документы:

1. Перечень документов по риску «ДМС» содержится в п.п.10.4.10 Правил страхования, а также в Медицинской программе №4 (Приложение №12 к Правилам).

Страховщик осуществляет страховые выплаты (в пределах страховой суммы) Медицинским / Медико-сервисным организациям за медицинские, сервисные и иные услуги, оказанные Застрахованному, предусмотренные Договором страхования, Программой страхования, Медицинской программой, в порядке и на условиях, установленных договором между Страховщиком и Медицинской / Медико-сервисной организацией.

Раздел V. КАК ВЕРНУТЬ СТРАХОВУЮ ПРЕМИЮ?

Основания для возврата страховой премии	Сумма к возврату
Отказ от договора добровольного страхования в течение 30 календарных дней со дня его заключения в соответствии с Указанием Банка России от 20 ноября 2015 года N 3854-У "О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования".	100% страховой премии
Отказ от договора страхования в случае ненадлежащего информирования об условиях страхования, при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая, страховых случаев и страховых выплат по договору страхования.	100% страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

В иных случаях страховая премия возврату не подлежит.

Возврат страховой премии осуществляется в течение 7 рабочих дней со дня получения соответствующего заявления, а также документов, подтверждающих основание для возврата страховой премии.

Раздел VI. КАК УРЕГУЛИРОВАТЬ СПОР ДО СУДА?

1. Направить Страховщику заявление (претензию) в письменной форме.
 2. Если Страховщик не удовлетворил заявление (претензию), при этом размер требований не превышает 500 000,00 рублей, до обращения в суд необходимо обратиться к уполномоченному по правам потребителей финансовых услуг:
сайт: www.finombudsman.ru; **адрес:** 119017, г. Москва, Старомонетный пер., дом 3.
 Рассмотрение уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг обращения потребителя финансовых услуг осуществляется бесплатно.

**Остались вопросы?****Позвоните или получите информацию на сайте!****Горячая линия: 8-800-333-84-48****Сайт: dms.aslife.ru**

ПОЛИС-ОФЕРТА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

(ПРОГРАММА 1.04)

№ U541BC2FSD2402251120

Настоящим Полисом-офертой ООО «АльфаСтрахование - Жизнь», именуемое в дальнейшем Страховщик, в соответствии со ст.435 Гражданского Кодекса РФ предлагает Страхователю заключить Договор страхования на следующих условиях: Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования (Полисом-офертой) плату (страховую премию) организовать при наступлении страхового случая предоставление медицинских и/или медико-сервисных услуг необходимого и надлежащего качества в пределах страховой суммы в объеме, предусмотренном настоящим Договором страхования и приложениями к нему в соответствии с условиями настоящего Полиса-оферты и «Правилами добровольного комплексного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев и болезней» (далее – Правила страхования или Правила), Медицинской программой №4 (Приложение №12 к Правилам) (далее – Медицинская программа) и Программой страхования «АльфаМедицина» (Приложение № 1 к настоящему Полису-оферте) (далее – Программа или Программа страхования) Страховщика в редакциях, действующих на дату оформления настоящего Полиса-оферты, которые являются обязательными для Страхователя и Выгодоприобретателей, в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации. Страховщик осуществляет страхование имущественных интересов, связанных с оплатой организации и оказания медицинских и/или медико-сервисных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и/или устраняющих их. Застрахованным по настоящему Договору страхования считается Страхователь.

1. СТРАХОВЩИК

ООО «АльфаСтрахование-Жизнь» Лицензии Банка России: СЖ № 3447 от 17 ноября 2015 г. и СЛ № 3447 от 17 ноября 2015 г. адрес: 115162, г. Москва, ул. Шаболовка, д.31, стр. Б, тел. (495)788-09-99, **Банковские реквизиты:** ИНН 7715228310, р/с 40702810701200000049 в АО «АЛЬФА-БАНК», к/с 30101810200000000593 БИК 044525593

2. СТРАХОВАТЕЛЬ (ЗАСТРАХОВАННЫЙ)

ФИО:	Павлов Виталий Владимирович		
Данные документа, удостоверяющего личность	Серия:	71 09	Номер: 734502
Дата рождения:	17.06.1983	ИНН:	
Телефон:	79995602700	E-mail:	mannhemttan@mail.ru
Адрес:	Россия, РОССИЯ, 625007, г.Тюмень, УЛИЦА ДЕПУТАТСКАЯ, д.78, кв./оф 51		

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

3.1. Возникновение обстоятельств, требующих оказания медицинских и/или медико-сервисных услуг Застрахованному при амбулаторном и/или стационарном обследовании, дистанционных консультациях и/или дистанционном наблюдении, и/или лечении в соответствии с условиями Программы страхования, Медицинской программы (риск «ДМС»).

Страховыми случаями не признаются события, наступившие в результате случаев, перечисленных как исключения из страхового покрытия в настоящем Полисе-оферте, Программе страхования, Медицинской программе, Правилах.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховая сумма устанавливается в рублях в размере: 281000.00 Двести восемьдесят одна тысяча руб. 00 коп.

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

5.1. Страховая премия устанавливается в рублях в размере: 42810.91 Сорок две тысячи восемьсот десять руб. 91 коп.

6. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛИ, ДОЛЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

6.1. Выгодоприобретатель по всем страховым рискам	6.2. Доля страховой выплаты
Застрахованный	В соответствии с условиями настоящего Полиса-оферты.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ, ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

7.1. Начало срока действия договора страхования, срок действия договора страхования	Договор страхования вступает в силу с даты поступления суммы страховой премии в полном объеме на расчетный счет или в кассу Страховщика (представителя Страховщика) по указанным в настоящем Полисе-оферте рискам и действует в течение 36 месяцев.
7.2. Дата оформления Полиса-оферты	«25» февраля 2024
7.3. Территория страхования и время страхового покрытия:	Российская Федерация, за исключением зон боевых (военных) действий, 24 часа в сутки.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1. Договор страхования заключается путем акцепта Страхователем настоящего Полиса-оферты, подписанного Страховщиком, выданного Страхователю Страховщиком. Акцептом настоящего Полиса-оферты в соответствии со ст. 438 ГК РФ является уплата Страхователем страховой премии единовременно в срок не позднее 30 (Тридцати) календарных дней с момента оформления настоящего Полиса-оферты, по истечении которого условия настоящего Полиса-оферты являются недействительными.

8.2. Условия страхования, не оговоренные в настоящем Полисе-оферте, определяются Правилами страхования, Медицинской программой и Программой страхования.

8.3. В случае неуплаты страховой премии в размере и сроки, установленные настоящим Полисом-офертой, последний считается не вступившим в силу.

8.4. По риску «ДМС» (в части услуг «Организация лечения Застрахованного в связи с впервые диагностированным онкологическим заболеванием», «Медицинская реабилитация Застрахованного после впервые перенесенного инфаркта миокарда», «Медицинская реабилитация Застрахованного после впервые перенесенного инсульта», с учетом положений, установленных Программой страхования) предусмотрен «Квалификационный период» (период времени, прошедший с момента вступления в силу Договора страхования, в течение которого событие, на случай которого производится страхование, не будет рассматриваться как страховой случай) сроком 90 (Девяносто) календарных дней.

8.5. Страховая премия подлежит возврату Страхователю за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в

Страховщик

Представитель Страховщика:

Заместитель Генерального директора, Директор по кредитному и рисковому страхованию Михайлов В.С., действующий на основании Доверенности № 071/22 от 17.06.2022 г.



течение которого действовало страхование, при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая, страховых случаев и страховых выплат по Договору страхования в случае ненадлежащего информирования Страхователя об условиях страхования. При этом, Договор страхования досрочно прекращается с 00 часов 00 минут даты получения Страховщиком оригинала письменного заявления на отказ от Договора страхования. Все права и обязанности Сторон с указанного момента прекращаются, Страховщик не несет обязательств по страховым выплатам.

8.6. При отказе Страхователя от Договора страхования в течение 30 (Тридцати) календарных дней с даты заключения Договора страхования, страховая премия подлежит возврату Страхователю в полном объеме, при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая, страховых случаев и страховых выплат по Договору страхования. При этом, Договор страхования досрочно прекращается с 00 часов 00 минут даты начала срока страхования (в случае если дата начала срока страхования ранее даты подачи письменного заявления Страхователя) либо с 00 часов 00 минут даты подачи письменного заявления Страхователя (в случае если дата начала срока страхования позднее даты подачи письменного заявления), все права и обязанности Сторон с указанного момента прекращаются, Страховщик не несет обязательств по страховым выплатам.

9. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

9.1. По риску «ДМС» не признаются страховыми случаями события, если:

9.1.1. Медицинские и/или Медико-сервисные услуги, оказанные Застрахованному (полученные Застрахованным) не предусмотрены Договором страхования или Программой, Правилами страхования, Медицинской программой;

9.1.2. Застрахованным получены Медицинские и/или Медико-сервисные услуги в Медицинских организациях и/или Сервисных организациях, не предусмотренных Договором страхования или Программой, Правилами страхования, Медицинской программой, или выбор которых не был согласован со Страховщиком (представителем Страховщика);

9.1.3. Застрахованным получены Медицинские и/или Медико-сервисные услуги, не назначенные лечащим врачом, либо не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования и/или лечения заболевания, а также приобретены лекарственные средства и/или средства ухода за больным без медицинских показаний;

9.1.4. Необходимость получения Медицинских и/или Медико-сервисных услуг связана с любыми заболеваниями и состояниями, вызванными намеренно или с умыслом, либо являющимися следствием проявления халатности или преступной неосторожности Застрахованного, либо возникшими при совершении преступления;

9.1.5. Медицинские и/или Медико-сервисные услуги были оказаны Застрахованному с нарушением порядка их предоставления, предусмотренного Договором страхования или Программой, Правилами страхования, Медицинской программой;

9.1.6. Застрахованный/представитель Застрахованного в момент оказания медицинских услуг находится в состоянии алкогольного, токсического и/или наркотического опьянения.

9.2. Не признаются страховыми случаями события, указанные как исключения из страхового покрытия в Правилах, Медицинской программе, Программе страхования.

9.3. Страховщик освобождается от страховой выплаты при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, происшедшего вследствие:

9.3.1. Умысла Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя;

9.3.2. Самоубийства (покушения Застрахованного на самоубийство) в течение первых двух лет действия Договора страхования, за исключением доведения Застрахованного до самоубийства противоправными действиями третьих лиц;

9.3.3. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

9.3.4. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

9.3.5. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

Перечисленные обстоятельства признаются таковыми на основании документов судебных, следственных органов, органов государственной власти и управления, медицинских организаций или других документов, доказывающих факт совершенного деяния.

10. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

10.1. По добровольному медицинскому страхованию Страховщик, в пределах страховой суммы, осуществляет страховые выплаты Медицинским / Медико-сервисным организациям за медицинские, сервисные и иные услуги, оказанные Застрахованному, предусмотренные Договором страхования, Программой страхования, Медицинской программой, в порядке и на условиях, установленных договором между Страховщиком и Медицинской / Медико-сервисной организацией.

10.2. Подробный порядок обращения Застрахованного за получением Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, а также порядок предоставления Медицинских и/или Медико-сервисных услуг Застрахованному указаны в Медицинской программе и Программе страхования.

11. ДЕКЛАРАЦИЯ/АНКЕТА СТРАХОВАТЕЛЯ/ЗАСТРАХОВАННОГО (начало)

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

На момент оформления Полиса-оферты не является инвалидом, не направлялся в бюро медико-социальной экспертизы с целью установления группы инвалидности, профессия Застрахованного не связана (была связана в прошлом) с повышенным риском для здоровья, а именно: присутствует (присутствовал) контакт с токсичными материалами (включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины), со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, Застрахованный не состоял/ не состоит на учете в наркологическом диспансере, у кровных родственников первой степени родства Застрахованного (родители, дети, родные братья и/или сестры) не были диагностированы онкологические заболевания до достижения ими 60 (шестидесяти) лет, в течение 10 (десяти) лет до заключения Договора страхования у Застрахованного не были диагностированы состояния или симптомы, по которым он был вынужден обратиться за медицинской помощью, а именно: любой тип злокачественных заболеваний (опухоли, лимфома, лейкоз) или любой тип опухоли головного мозга, любые предраковые состояния (включая карциномы in situ, меланомы in situ, патологический ПАП-тест или CIN-тест), 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, хронический панкреатит, амилоидоз, трансплантация органов, трансплантация костного мозга, инфекционные и/или венерические заболевания, а именно: туберкулез, ВИЧ, СПИД, длительная лихорадка, гепатит (кроме гепатита А); у Застрахованного не наблюдались симптомы инфаркта миокарда и/или инсульта до даты начала срока действия Договора страхования, Застрахованный до даты начала срока действия Договора страхования не страдал любыми формами сердечно-сосудистых заболеваний, включая нарушения кровообращения: любая форма инсульта или кровоизлияния в мозг.

Страховщик

Представитель Страховщика:

Заместитель Генерального директора, Директор по кредитному и рисковому страхованию Михайлов В.С., действующий на основании Доверенности № 071/22 от 17.06.2022 г.



Застрахованный до даты начала срока действия Договора страхования не страдал следующими заболеваниями (не имел следующих состояний): сердечный приступ, стенокардия, кардиосклероз, кардиомиопатия, заболевания (в т. ч. пороки) клапанов сердца, шумы в сердце, аритмия, ревматизм, нарушения коронарных артерий, атеросклероз, заболевания периферических кровеносных сосудов (кроме варикозного расширения вен 1-й степени).

Страхователю известно, что Страховщик вправе отказать в страховой выплате, в случае, если Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения о фактах, влияющих на оценку степени страхового риска, установление обстоятельств наступления страхового случая.

Страхователь / Застрахованный, обязуется незамедлительно в письменной форме уведомить Страховщика о любых изменениях сообщенных выше обстоятельств после наступления таковых и согласен с тем, что при неисполнении указанной обязанности Страховщик вправе потребовать расторжения Полиса-оферты с даты наступления изменений в сообщенных им обстоятельствах.

Страхователь / Застрахованный, в соответствии с Федеральным законом РФ «О персональных данных» выражает Страховщику и уполномоченным им третьим лицам согласие на обработку своих персональных данных, содержащихся в документах, передаваемых Страховщику, в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов со Страхователем / Застрахованным, с помощью средств связи в целях обеспечения исполнения заключенного Договора страхования, а также выражает Страховщику согласие на предоставление (в т.ч. Выгодоприобретателю (-ям)) информации об исполнении Страховщиком и/или Страхователем / Застрахованным, обязательств по Договору страхования, в том числе информацию об уплате и размере страховой премии (страховых взносов), размере страховой суммы, о возникновении и урегулировании претензий, наступлении/вероятности наступления страховых случаев, страховой выплате и другую имеющую отношение к заключенному Договору страхования информацию, а также об информировании о страховых продуктах Страховщика.

Страхователь / Застрахованный, согласен с назначением Выгодоприобретателей.

Страхователь подтверждает, что предоставил достоверные данные, а также проверил корректность указания этих данных в Полисе-оферте. В случае отсутствия/некорректных данных Страхователя, Стороны признают этот факт как отказ Страхователя предоставлять указанную информацию.

Страхователь / Застрахованный уведомлен, что акцепт Полиса-оферты не может являться обязательным условием для получения банковских услуг. Уведомлен, что он вправе не принимать данный Полис-оферту и вправе не страховать предлагаемые данным Полисом-офертой риски или застраховать их в иной страховой компании по своему усмотрению.

Настоящим Страхователь/Застрахованный подтверждает, что действует от собственного имени и в своих интересах и не имеет бенефициарных владельцев.

Акцептом настоящего Полиса-оферты Страхователь подтверждает, что с условиями настоящего Полиса-оферты и Правил страхования ознакомлен и подтверждает намерение заключить договор на указанных условиях, Полис оферту, включая Ключевой информационный документ и Программу, Правила страхования и Медицинскую программу получил и распечатал на бумажном носителе. Правила страхования и Медицинская программа также размещены на сайте ООО «АльфаСтрахование-Жизнь» по адресу <https://dms.aslife.ru/#pravila>.

Стороны пришли к соглашению об использовании Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи и печати Страховщика.

АО «АЛЬФА-БАНК»

Представитель Страховщика:

Заместитель Генерального директора, Директор по кредитному и
рисковому страхованию Михайлов В.С., действующий на
основании Доверенности № 071/22 от 17.06.2022 г.



ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «АльфаМедицина»

В рамках настоящей Программы страхования (далее – Программа или Программа страхования) Страховщик гарантирует Застрахованному при наступлении страхового случая, предусмотренного п. 3.1 Полиса-оферты добровольного медицинского страхования (далее – Полис-оферта или Полис), организацию предоставления медицинских и/или медико-сервисных услуг необходимого и надлежащего качества в пределах страховой суммы в объеме, предусмотренном Полисом-офертой, «Правилами добровольного комплексного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев и болезней» (далее – Правила страхования или Правила), Медицинской программой №4 (Приложение №12 к Правилам) (далее – Медицинская программа) и настоящей Программой, с учетом исключений и ограничений, предусмотренных Правилами страхования, Полисом, Медицинской программой и настоящей Программой. Настоящая Программа страхования разработана на основании условий Медицинской программы и является неотъемлемой частью Договора страхования (Полиса-оферты).

Представитель Страховщика (Медицинская / Медико-сервисная компания, организующая оказание / оказывающая Застрахованному медицинские, медико-сервисные и иные услуги.). Перечень Представителей Страховщика устанавливается по усмотрению Страховщика и может быть изменен (расширен) в течение срока действия Договора страхования.

Квалификационный период (Период времени, прошедший с момента вступления в силу Договора страхования, в течение которого событие, на случай которого производится страхование, не будет рассматриваться как страховой случай) – 3 месяца в отношении Услуг «Организация лечения Застрахованного в связи с впервые диагностированным онкологическим заболеванием», «Медицинская реабилитация Застрахованного после впервые перенесенного инфаркта миокарда», «Медицинская реабилитация Застрахованного после впервые перенесенного инсульта».

СОСТАВ ПРОГРАММЫ:

1. Информационные услуги в режиме 24/7

Застрахованному доступны (включая, но не ограничиваясь, с учетом положений, исключений и ограничений, установленных в Договоре страхования, Правилах, Медицинской Программе):

Персональные рекомендации, информационная поддержка, помощь в регистрации, помощь в решении других вопросов в рамках Договора.

Полный перечень услуг, их описание и порядок их получения изложен в Медицинской Программе.

2. Организация лечения Застрахованного в связи с впервые диагностированным онкологическим заболеванием.

Услуга включает организацию и оплату лечения онкологических заболеваний (заболевания согласно Международной классификации болезней, входящие в рубрики «Злокачественные новообразования», «Новообразования in situ», за исключением рака кожи (не включая меланому), опухолей, которые гистологически диагностированы как предраковые, онкологических заболеваний на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ)), впервые диагностированных у Застрахованного специалистом любой медицинской организации в период действия Договора страхования и подтвержденных заключением специалиста-онколога и гистологическими исследованиями.

Застрахованному доступны (включая, но не ограничиваясь, с учетом положений, исключений и ограничений, установленных в Договоре страхования, Правилах, Медицинской Программе):

Медицинская транспортировка Застрахованного и одного сопровождающего к поставщику медицинских услуг, за исключением санитарной авиации, консультации Лечащего врача, консультации иных врачей, лабораторные и инструментальные исследования, пребывание в стационаре с целью диагностического обследования, включая проведение диагностического обследования, хирургическое (включая услуги анестезиолога) и консервативное лечение, в том числе химио-, физио-, гормоно-, иммуно- и лучевую терапии, лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения, услуги проживания и транспортировки, оплата билетов эконом-класса для Застрахованного и одного сопровождающего лица, встреча в аэропорту, авто- и железнодорожном вокзале и перевозка на машине скорой помощи (в случае медицинской необходимости) или на такси до отеля или в медицинское учреждение, где лечение будет выполнено.

Услуга доступна только на территории РФ. Лечебное учреждение для оказания Услуги Застрахованному выбирает Страховщик (представитель Страховщика) без согласования с Застрахованным/представителем Застрахованного. Территориальная доступность Услуги уточняется в Личном кабинете или по телефону горячей линии 8-(800)-333-84-48.

Выдача Застрахованному денежных средств не предусмотрена и не осуществляется. Медицинские и иные услуги, не назначенные Лечащим врачом, либо не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для лечения диагностированного у Застрахованного в Период действия Программы и подтвержденного гистологическими исследованиями и заключением врача любой медицинской организации онкологического заболевания, лекарственные средства или средства ухода за Застрахованным без медицинских показаний, а также лечение Застрахованного сверх страховой суммы, установленной по Договору страхования, не входят в Программу и оплачиваются/приобретаются Застрахованным/представителем Застрахованного самостоятельно. Медицинские услуги, необходимость оказания которых возникла в связи с нарушением Застрахованным рекомендаций Лечащего врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в Организации, оплачиваются Застрахованным/представителем Застрахованного самостоятельно.

Оказание Услуги «Организация лечения Застрахованного в связи с впервые диагностированным онкологическим заболеванием» не производится, если:

Если Застрахованный/представитель Застрахованного в момент оказания Услуги находится в состоянии алкогольного, токсического и/или наркотического опьянения, профессия Застрахованного связана (была связана в прошлом) с повышенным риском для здоровья, а именно: присутствует (присутствовал) контакт с токсичными материалами (включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины), со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, Застрахованный состоял/состоит на учете в наркологическом диспансере, у кровных родственников первой степени родства Застрахованного (родители, дети, родные братья и/или сестры) были диагностированы онкологические заболевания до достижения ими 60 (шестидесяти) лет, в течение 10 (десяти) лет до заключения Договора страхования у Застрахованного были диагностированы состояния или симптомы, по которым он был вынужден обратиться за медицинской помощью, а именно: любой тип злокачественных заболеваний (опухоль, лимфома, лейкоз) или любой тип опухоли головного мозга, любые предраковые состояния (включая карциномы in situ, меланомы in situ, патологический ПАП-тест или CIN-тест), 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 полицистемия, крипторхизм, системная красная волчанка, синдром Дауна, хронический панкреатит, амилоидоз, трансплантация органов, трансплантация костного мозга, инфекционные и/или венерические заболевания, а именно: туберкулез, ВИЧ, СПИД,

длительная лихорадка, гепатит (кроме гепатита А); необходимость оказания Услуг возникла в связи с нарушением Застрахованным рекомендаций Лечащего врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в медицинском учреждении, при заболеваниях и состояниях, не предусмотренных Договором страхования, Правилами, Медицинской Программой, Программой, и/или которые возникли до даты начала срока действия Договора страхования или после окончания срока действия Договора страхования / после расторжения Договора страхования.

3. Медицинская реабилитация Застрахованного после впервые перенесенного инфаркта миокарда.

Услуга включает организацию и оплату кардиологической реабилитации (не включая хирургию) после впервые перенесенного Застрахованным в период действия Договора страхования инфаркта миокарда (заболевания согласно Международной классификации болезней из рубрики «Ишемическая болезнь сердца»), диагностированного у Застрахованного специалистом любой медицинской организации в период действия Договора страхования и подтвержденных заключением врача-кардиолога (далее – Инфаркт миокарда).

Застрахованному доступны (включая, но не ограничиваясь, с учетом положений, исключений и ограничений, установленных в Договоре страхования, Правилах, Медицинской Программе):

Медицинская транспортировка Застрахованного и одного сопровождающего к поставщику медицинских услуг, за исключением санитарной авиации, консультации Лечащего врача, консультации врачей, лабораторные и инструментальные исследования, лечебные манипуляции и процедуры, лечебная физкультура (ЛФК); массаж; физиотерапия; и т.д., медикаментозную реабилитацию, послеоперационный индивидуальный медицинский пост по медицинским показаниям, не более 8 (восьми) календарных дней, пребывание в палате стационара, включая питание и медицинское обслуживание медицинским персоналом; пребывание в палате интенсивной терапии; пребывание в кардиологическом и кардиореабилитационном отделении, экспертиза временной нетрудоспособности, предоставление различной медицинской документации, услуги проживания и транспортировки, оплата билета эконом-класса для Застрахованного и одного сопровождающего лица, встреча в аэропорту, авто- и железнодорожном вокзале и перевозка на машине скорой помощи (в случае медицинской необходимости) или на такси до отеля или в медицинское учреждение, где лечение будет выполнено.

Услуга доступна только на территории РФ. Лечебное учреждение для оказания Услуги Застрахованному выбирает Страховщик (представитель Страховщика) без согласования с Застрахованным/представителем Застрахованного. Территориальная доступность Услуги уточняется в Личном кабинете или по телефону горячей линии 8-(800)-333-84-48.

Выдача Застрахованному денежных средств не предусмотрена и не осуществляется.

Медицинские и иные услуги, не назначенные Лечащим врачом, либо не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для реабилитации, лекарственные средства или средства ухода за Застрахованным без медицинских показаний, а также лечение Застрахованного сверх страховой суммы не входят в Программу и оплачиваются/приобретаются Застрахованным/представителем Застрахованного самостоятельно. Медицинские услуги, необходимые оказания которых возникла в связи с нарушением Застрахованным рекомендаций Лечащего врача, правил и распорядка при нахождении на реабилитации в Организации, оплачиваются Застрахованным/представителем Застрахованного самостоятельно.

4. Медицинская реабилитация Застрахованного после впервые перенесенного инсульта.

Услуга включает организацию и оплату нейрореабилитации (не включая хирургию) после впервые перенесенного Застрахованным в период действия Договора страхования инсульта (заболевания согласно Международной классификации болезней из рубрики «Цереброваскулярные болезни»), диагностированного у Застрахованного специалистом любой медицинской организации в период действия Договора страхования и подтвержденных заключением врача-невролога (далее – Инсульт).

Застрахованному доступны (включая, но не ограничиваясь, с учетом положений, исключений и ограничений, установленных в Договоре страхования, Правилах, Медицинской Программе):

Медицинская транспортировка Застрахованного и одного сопровождающего к поставщику медицинских услуг, за исключением санитарной авиации, консультации Лечащего врача, консультации иных врачей лечебного учреждения, лабораторные и инструментальные исследования, лечебные манипуляции и процедуры, реабилитационно-восстановительное лечение: кинезитерапия, дыхательная гимнастика, эрготерапия, физиотерапия, массаж, рефлексотерапия и т.д., медикаментозная реабилитация (лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения), речевая реабилитация (при необходимости), занятия по тренировке когнитивных функций, подбор ортезов, костылей, ходунков, кресел-колясок и т.п., психологическая и социальная реабилитация, послеоперационный индивидуальный медицинский пост по медицинским показаниям, не более 8 (восьми) календарных дней, пребывание в палате стационара, включая питание и медицинское обслуживание медицинским персоналом, экспертиза временной нетрудоспособности, предоставление различной медицинской документации, услуги проживания и транспортировки, оплата билета эконом-класса для Застрахованного и одного сопровождающего лица, встреча в аэропорту, авто- и железнодорожном вокзале и перевозка на машине скорой помощи (в случае медицинской необходимости) или на такси до отеля или в медицинское учреждение, где лечение будет выполнено.

Услуга доступна только на территории РФ. Лечебное учреждение для оказания Услуги Застрахованному выбирает Страховщик (представитель Страховщика) без согласования с Застрахованным/представителем Застрахованного. Территориальная доступность Услуги уточняется в Личном кабинете или по телефону горячей линии 8-(800)-333-84-48.

Выдача Застрахованному денежных средств не предусмотрена и не осуществляется.

Медицинские и иные услуги, не назначенные Лечащим врачом, либо не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для реабилитации, лекарственные средства или средства ухода за Застрахованным без медицинских показаний, а также лечение Застрахованного сверх страховой суммы не входят в Программу и оплачиваются/приобретаются Застрахованным/представителем Застрахованного самостоятельно. Медицинские услуги, необходимые оказания которых возникла в связи с нарушением Застрахованным рекомендаций Лечащего врача, правил и распорядка при нахождении на реабилитации в Организации, оплачиваются Застрахованным/представителем Застрахованного самостоятельно.

Оказание Услуг «Медицинская реабилитация Застрахованного после впервые перенесенного инфаркта миокарда» и «Медицинская реабилитация Застрахованного после впервые перенесенного инсульта» не производится, если:

Если Застрахованный/представитель Застрахованного в момент оказания Услуги находится в состоянии алкогольного, токсического и/или наркотического опьянения, у Застрахованного наблюдались симптомы инфаркта миокарда и/или инсульта до даты начала срока действия Договора страхования, Застрахованный до даты начала действия Договора страхования страдал любыми формами сердечно-сосудистых заболеваний, включая, нарушения кровообращения: любая форма инсульта или кровоизлияния в мозг, сердечный приступ, стенокардия, кардиосклероз, кардиомиопатия, заболевания (в т. ч. пороки) клапанов сердца, шумы в сердце, аритмия, ревматизм, нарушения коронарных артерий, атеросклероз, заболевания периферических кровеносных сосудов (кроме варикозного расширения вен 1-й степени), профессия Застрахованного связана (была связана в прошлом) с повышенным риском для здоровья, а именно: присутствует (присутствовал) контакт с токсичными материалами (включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины), со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, Застрахованный состоял/состоит на учете в наркологическом диспансере, в течение 10 (десяти) лет до заключения Договора страхования у Застрахованного были диагностированы состояния или симптомы, по которым он вынужден был обратиться за медицинской помощью, а именно: 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, хронический панкреатит, амилоидоз, трансплантация органов, трансплантация костного мозга, инфекционные и/или венерические заболевания, а именно: туберкулез, ВИЧ, СПИД, длительная лихорадка, гепатит (кроме гепатита А); необходимость оказания Услуг возникла в связи с нарушением Застрахованным рекомендаций Лечащего врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в Организации, при заболеваниях и состояниях, не предусмотренных Программой, и/или которые возникли до даты начала срока действия Договора страхования или после окончания срока действия Договора страхования / после расторжения Договора страхования.

5. Дистанционные консультации дежурного врача – терапевта (неограниченное количество консультаций).

Застрахованному доступны (включая, но не ограничиваясь, с учетом положений, исключений и ограничений, установленных в Договоре страхования, Правилах, Медицинской Программе):

Консультации по состоянию и профилактике здоровья, а также оказанию медицинской помощи при легких заболеваниях или недомогании (под легкими заболеваниями и недомоганиями понимаются состояния здоровья Застрахованного, симптомы которых свидетельствуют об ухудшении состояния здоровья, но не требуют оказания экстренной медицинской помощи), составление индивидуального плана лабораторных исследований, консультации по назначенному лечению и необходимым дополнительным обследованиям, консультации по медикаментам и особенностям приема препарата без назначения, подготовку заключения, носящего рекомендательный характер для Застрахованного и т.п.

Заключение врача носит рекомендательный характер и не заменяет очную консультацию, целью заключения не является постановка диагноза, назначение обследования и лечения.

6. Услуга «Медюрист» (5 (пять) консультаций в течение срока страхования).

Застрахованному доступны (включая, но не ограничиваясь, с учетом положений, исключений и ограничений, установленных в Договоре страхования, Правилах, Медицинской Программе):

Информирование о правах Застрахованного в рамках обязательного медицинского страхования (консультации по вопросам действующего законодательства России, связанным с получением бесплатной медицинской помощи), навигацию по медицинским квотам и льготам на бесплатное лечение в лечебно-профилактических учреждениях, отвечающих запросу Застрахованного.

Все консультации носят рекомендательный характер и не являются обязательным руководством к действию при решении вопроса Застрахованного.

7. Дистанционная консультация психотерапевта (5 (пять) консультаций в течение срока страхования, длительность 1 (одной) консультации - не более 60 (шестидесяти) минут).

Застрахованному доступны (включая, но не ограничиваясь, с учетом положений, исключений и ограничений, установленных в Договоре страхования, Правилах, Медицинской Программе):

Медицинское сопровождение пациентов с хроническими заболеваниями (корректировка лечения, рекомендации по дополнительному плану обследования и так далее), консультации по назначенному лечению и необходимым дополнительным обследованиям, консультации по медикаментам и схеме их приема, подготовку заключения, носящего рекомендательный характер для Застрахованного и т.п.

Заключение врача носит рекомендательный характер и не заменяет очную консультацию, целью заключения не является постановка диагноза, назначение обследования и лечения.

8. Дистанционные консультации узкопрофильных врачей (5 (пять) консультаций в течение срока страхования, длительность 1 (одной) консультации - не более 30 (тридцати) минут).

Застрахованному доступны (включая, но не ограничиваясь, с учетом положений, исключений и ограничений, установленных в Договоре страхования, Правилах, Медицинской Программе):

Медицинское сопровождение пациентов с хроническими заболеваниями (корректировка лечения, рекомендации по дополнительному плану обследования и так далее), консультации по назначенному лечению и необходимым дополнительным обследованиям, консультации по медикаментам и схеме их приема, подготовку заключения, носящего рекомендательный характер для Застрахованного и т.п.

Заключение врача носит рекомендательный характер и не заменяет очную консультацию, целью заключения не является постановка диагноза, назначение обследования и лечения.

9. Лабораторные исследования (1 (одно) обращение в течение срока страхования).

Застрахованному доступны (включая, но не ограничиваясь, с учетом положений, исключений и ограничений, установленных в Договоре страхования, Правилах, Медицинской Программе):

Услуга включает проведение любых лабораторных исследований, назначенных врачом по итогам консультации, оказанной в рамках п. 5 раздела «Состав Программы» («Дистанционные консультации дежурного врача – терапевта»), (включая забор крови и/или другого биоматериала) на общую сумму не более 5000 (пяти тысяч) российских рублей.

10. Лекарственный навигатор (неограниченное количество консультаций).

Застрахованному доступны (включая, но не ограничиваясь, с учетом положений, исключений и ограничений, установленных в Договоре страхования, Правилах, Медицинской Программе):

Анализ назначенного Застрахованному препарата на предмет действующих веществ, помощь в подборе медицинских препаратов с аналогичными действующими веществами (препаратов-синонимов) по более низкой цене, проверку наличия лекарственного препарата в списке забронированных, поиск, бронирование необходимых Застрахованному аптечных товаров, проверку их наличия в ближайших аптеках и т.п.

Все расходы, связанные с непосредственным приобретением аптечных товаров и их доставкой, оплачиваются Застрахованным/представителем Застрахованного самостоятельно и не включены в Программу.

11. Медицинский навигатор (неограниченное количество консультаций).

Застрахованному доступны (включая, но не ограничиваясь, с учетом положений, исключений и ограничений, установленных в Договоре страхования, Правилах, Медицинской Программе):

Предоставление информации о лечебно-профилактических учреждениях, подбор медучреждения для прохождения обследования или лечения в соответствии со спецификой заболевания и т.п.

Все расходы, связанные с непосредственным медицинским обслуживанием, оплачиваются Застрахованным/представителем Застрахованного самостоятельно и не включены в Программу.

Порядок получения Услуг

Способ получения Услуг – любое телекоммуникационное устройство (телефон, персональный компьютер или любое мобильное средство связи – далее Оборудование) с возможностью использования персонального раздела Застрахованного на сайте Представителя Страховщика, вход в который осуществляется со страницы, размещенной по адресу: <https://dms.aslife.ru/#lk>, и который после авторизации в данном разделе позволяет Застрахованному, следуя указаниям системы, получать Услуги путем выполнения действий, необходимых для их получения согласно условиям Программы (далее - Личный кабинет) и предоставления Застрахованным/представителем Застрахованного согласия на передачу персональных данных, в том числе специальной категории персональных данных Застрахованного.

Оборудование, используемое для получения Услуг, должно соответствовать требованиям к оборудованию и программному обеспечению, размещенным в Личном кабинете. Застрахованный/представитель Застрахованного самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им Оборудования. Исполнитель не несет ответственности за невозможность получения Застрахованным Услуг, возникших из-за Оборудования.

1. Чтобы начать пользоваться Программой, необходимо пройти регистрацию.
2. Доступно 2 способа регистрации:
 - 2.1. Через личный кабинет на сайте <https://dms.aslife.ru/#lk>, следуя инструкции на сайте.
 - 2.2. По телефону 8-(800)-333-84-48 (по России звонок бесплатный), следуя инструкции оператора.

Организация, оказание и рекомендации Услуг по Программе предоставляется Застрахованному (сопровождающему лицу, в случае, если это предусмотрено Программой), после подтверждения личности Застрахованного путем его валидации по номеру полиса, фамилии, имени, отчеству и дате рождения или путем предъявления документа, удостоверяющего личность. Документом, удостоверяющим личность, признается паспорт, либо любой другой документ, его заменяющий согласно требованиям действующего законодательства Российской Федерации.

Взаимодействие с Застрахованным осуществляется на русском языке.

В качестве представителя Застрахованного может выступать представитель, действующий на основании нотариально заверенной доверенности. Представитель Страховщика имеет право запросить документы, подтверждающие полномочия представителя Застрахованного.

ПОДРОБНОЕ ОПИСАНИЕ ПЕРЕЧНЯ УСЛУГ, ИСКЛЮЧЕНИЙ ИЗ ПРОГРАММЫ, ДОКУМЕНТОВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ, ПОРЯДКА ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ, ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ СТРАХОВЩИКА СОДЕРЖИТСЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРОГРАММЕ №4 (ПРИЛОЖЕНИЕ №12 К ПРАВИЛАМ СТРАХОВАНИЯ), ПОЛУЧЕННЫМ ВАМИ ПРИ ЗАКЛЮЧЕНИИ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ, А ТАКЖЕ РАЗМЕЩЕННЫМИ НА САЙТЕ ООО «АЛЬФАСТРАХОВАНИЕ-ЖИЗНЬ» ПО АДРЕСУ: <https://dms.aslife.ru/#pravila>.

ПЕРЕЧЕНЬ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ ЗАСТРАХОВАННЫМ ПО ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ

ГОРОД	НАИМЕНОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ
Астрахань	Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии
Барнаул	Алтайский краевой онкологический диспансер
Белгород	Белгородская областная клиническая больница Святителя Ио
Владивосток	Сеть клиник «Асклепий»
Владивосток	ДВФУ
Владивосток	Национальный медицинский исследовательский центр им В А Алмазова
Владимир	Городская клиническая больница №5
Волгоград	Больница «РЖД»
Волгоград	Областная больница No 1
Волгоград	Городская клиническая больница скорой медицинской помощи No 25
Воронеж	Воронежская областная клиническая больница №1
Воронеж	Межрегиональный Медицинский центр ранней диагностики и лечения онкологических заболеваний
Екатеринбург	Свердловский областной онкологический диспансер
Екатеринбург	УГМК-Здоровье
Ижевск	Республиканский клиничко-диагностический центр
Ижевск	Республиканский клинический онкологический диспансер имени С.Г. Примушко
Иркутск	Иркутский областной онкологический диспансер
Иркутск	Факультетские клиники ИГМУ
Иркутск	Иркутская областная клиническая больница
Иркутск	Эксперт
Казань	Республиканская клиническая больница Татарстана
Казань	Казанский Межрегиональный клиничко-диагностический центр
Казань	Республиканский клинический онкологический диспансер (РКОД) Татарстана
Казань	ЧУЗ Клиническая больница РЖД-Медицина
Калуга	Калужская областная клиническая больница
Киров	Кировская государственная медицинская академия МЗ РФ
Краснодар	Сеть клиник «Евроонко»
Краснодар	Научно-исследовательский институт-Краевая клиническая бол
Красноярск	Медицинский центр им. Сперанского
Красноярск	Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крѣжановского
Курск	Курская областная клиническая больница
Москва	Европейский Медицинский Центр
Москва	АО «Медицина»
Москва	Сеть Клиник К + 31
Москва	Сеть клиник GMS
Москва	УНИКЛИНИК
Москва	Юсуповская больница
Москва	МЕДСИ
Москва	Сеть клиник «Евроонко»
Москва	Мединцентр (ГЛАВ УПДК при МИД России)
Москва	ЦКБ Управления делами Президента Российской Федерации
Москва	Московская городская онкологическая больница No 62
Москва	РОНЦ им. Н. Н. Блохина
Москва	ФГУ Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова
Москва	ФГБУ "Федеральный медицинский биофизический центр А.И. Бурназяна" ФМБА России
Москва	ФГУ "Лечебно-реабилитационный центр" Минздравсоцразвития России
Москва	Городская клиническая больница No15 им. О.М.Филатова
Москва	ГБОУ ВПО Первый МГУ Сеченова
Москва	Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского
Москва	ФГУ Российский кардиологический научно-производственный комплекс
Москва	Научно-исследовательский нейрохирургический институт им. ак. Н.Н.Бурденко
Москва	Институт коронарной и сосудистой хирургии
Москва	Главный клинический госпиталь МВД России
Москва	Открытая Клиника Курьино
Москва	Hadassah Medical Moscow
Москва	Клинический госпиталь Лапино «Мать и дитя»

ГОРОД	НАИМЕНОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ
Москва	Медгард
Набережные Челны	Сеть клиник Медгард
Нижний Новгород	Нижегородская областная клиническая больница им Семашко
Новосибирск	Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения им. академика Е. Н. Мешалкина
Новосибирск	Федеральный научный центр Нейрохирургии
Новосибирск	ГБУЗ Государственный Новосибирский областной госпиталь ветеранов войн
Новосибирск	Медицинский центр «Авиценна»
Новосибирск	Государственная Новосибирская областная клиническая больница
Новосибирск	Городская Клиническая Больница No 2
Новосибирск	Центр Новых Медицинских технологий
Новосибирск	Медсанчасть-168
Новосибирск	Евромед
Оренбург	Сеть клиник Медгард
Пенза	Сеть клиник Медгард
Пенза	Медицинский центр МедиКлиник на Стасова
Ростов-на-Дону	Ростовский государственный медицинский университет
Ростов-на-Дону	Областной консультативно-диагностический центр
Ростов-на-Дону	Ростовский научно-исследовательский онкологический институт
Самара	Самарский государственный медицинский университет
Санкт-Петербург	Сеть клиник «Евроонко»
Санкт-Петербург	Федеральный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова
Санкт-Петербург	Покровская больница
Санкт-Петербург	ПСПбГМУ им. Павлова
Санкт-Петербург	Городская больница No2
Санкт-Петербург	ФГБУ Российский научный центр Рентгенорадиологии
Санкт-Петербург	Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)
Санкт-Петербург	СЗГМУ им.И.И.Мечникова (клиника им.Петра Великого)
Санкт-Петербург	Мариинская больница
Санкт-Петербург	Клиническая Больница РАН
Санкт-Петербург	Клиника имени Н.И. Пирогова
Санкт-Петербург	МЕДСИ
Санкт-Петербург	Сеть Клиник АВА ПЕТЕР
Санкт-Петербург	Скандинавия
Санкт-Петербург	ФГБУ "НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова" Минздрава России
Санкт-Петербург	ФГУ Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им.проф. А.Л.Поленова
Санкт-Петербург	СМ-Клиника
Санкт-Петербург	РНЦРХТ им. ак. А.М. Гранова
Саратов	Саратовский государственный медицинский университет
Саратов	Сеть клиник Медгард
Смоленск	Смоленская областная клиническая больница
Ставрополь	Ставропольский краевой клинический диагностический центр
Стерлитамак	Клиническая больница №1
Тольятти	Сеть клиник Медгард
Томск	Сибирский государственный медицинский университет
Томск	Томский Научно-исследовательский институт кардиологии Сибирского отделения Российской академии медицинских наук
Ульяновск	Сеть клиник Медгард
Ульяновск	Областная клиническая больница
Уфа	Республиканская больница им. Куватова (РКБ)
Уфа	Железнодорожная больница РЖД
Уфа	GIM Clinic
Хабаровск	Краевой клинический центр онкологии
Химки	Клиники Лядова
Челябинск	ЛОТОС
Челябинск	Медицинский центр «НовоМед»
Челябинск	Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины
Ярославль	Областная клиническая больница

Фамилия: Павлов
Имя: Виталий
Отчество: Владимирович
Дата рождения: 17.06.1983

Промокод FN81Z2
№ Полиса: U541BC2FSD2402251120
Телефон: 79995602700
Срок действия: С 25.02.2024 по дату окончания договора страхования

Как активировать сертификат

- ШАГ 1** Отсканируйте QR-код или перейдите по ссылке <https://ifeelgood.life>
- ШАГ 2** Нажмите кнопку «Присоединиться»
- ШАГ 3** Зарегистрируйтесь на платформе, введите промокод, указанный в сертификате

Подключитесь к ifeelgood



<https://ifeelgood.life>

Зачем мне нужен ifeelgood?



МОЯ МОТИВАЦИЯ

Меня замотивируют заниматься своим здоровьем.



РЕГУЛЯРНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ

Меня тестируют, чтобы понять, что нужно именно мне.



ПЕРСОНАЛЬНЫЙ ПЛАН ДЕЙСТВИЯ

Я получаю четкий и понятный план действий для улучшения своего самочувствия.



ПОДТВЕРЖДЕНО НА ПРАКТИКЕ

Все рекомендации ifeelgood легко применимы на практике и протестированы.



ПРОВЕРЕННЫЙ КОНТЕНТ

Я получаю только эксклюзивную и научно подтвержденную информацию.



Понятным и доступным языком объясняем сложные вещи



Работаем с Вами в комфортном темпе, шаг за шагом



Помогаем сформировать привычку заниматься своим здоровьем



Обеспечиваем комплексный подход к хорошему самочувствию



Все рекомендации проходят проверку на соответствие принципам доказательности

Мы разработали систему ifeelgood, чтобы вы могли всесторонне улучшать свое самочувствие.

Вашему организму одинаково важны питание, сон, физическая активность и снижение стресса. Только комплексный подход даёт максимальный результат.

Основная цель нашей системы — помочь на практике сформировать привычку заниматься своим здоровьем.

Наши главные принципы: постепенность и регулярность. Мы уверены, что с ifeelgood

Вы всегда будете чувствовать себя хорошо.

Уважаемый клиент!

В случае возникновения вопросов, связанных с вашим договором страхования, вы можете получить ответы на платформе ifeelgood в разделе «Вопросы по страхованию»: <https://ifeelgood.life/articles/insurance>, а также по номеру телефона 8-800-700-33-20 ежедневно с 9:00 до 21:00 по московскому времени или написать нам по адресу: strahvopros@ifeelgood.life

Генеральный директор
Компания «АЙ ФИЛ ГУД»


Шевченко Т.Ю.

Р5000
НА АНАЛИЗЫ

Узнайте больше о
своём здоровье!

Сдайте необходимые анализы
Получите консультацию врача
Чувствуйте себя лучше

