

## Памятка АльфаВАКЦИНА к Полису № - от 26.01.2022

-  **1. Срок действия полиса:** с 27.01.2022 по 26.01.2023
-  **2. Страховщик:** АО «АльфаСтрахование»; телефон: 8 800 333 7557, сайт: alfastrah.ru
-  **3. Страхователь:** Иванов Иван Иванович 01.01.1976 года рождения, Паспорт РФ 7500 316345, телефон: +7 (924) 581-48-99
- 4. Условия страхования:**

Страховые риски	Страховая выплата в % от страховой суммы, руб.	Страховая сумма, руб.
1. Смерть в результате болезни*	100% от страховой суммы	500 000 руб.
2. Госпитализация в результате болезни*	2000 рублей за каждый день госпитализации, но не более 20% от страховой суммы по риску Смерть в результате болезни	
3. Критическое заболевание*	10% от страховой суммы по риску Смерть в результате болезни	

\*Болезнь или критическое заболевание – острые аллергические реакции на компоненты вакцины, впервые диагностированные в период действия договора страхования, потребовавшие обязательной медицинской помощи, возникшие после вакцинации и приведшие к заболеваниям, указанным в Вашем полисе в п. 4.7

<b>Общая сумма страховой премии, руб.</b>	1 800 руб.
<b>Порядок оплаты</b>	Оплатить до 27.01.2022
	1 800 руб.

### 5. Полезная информация

#### Наступил страховой случай. Что делать?



- Сообщите о случившемся в «АльфаСтрахование» любым удобным способом: по номеру \*0999 или через мобильное приложение «АльфаСтрахование Мобайл», нажав кнопку SOS.
- Следуйте инструкциям от «АльфаСтрахование».

#### Необходимые документы при наступлении страхового случая\*\*



- Заявление о страховой выплате.
- Гражданский паспорт.
- Документы из компетентных органов (согласно условиям Вашего Полиса).
- Копия страхового полиса.

\*\* Полный перечень документов представлен в Правилах страхования (раздел №10 Правил. Ознакомиться с ними можно, воспользовавшись QR-кодом в нижнем правом углу документа). Все документы могут быть предоставлены удаленно в виде сканированных копий или фотографий на электронный адрес [loss-covid19-mrc@alfastrah.ru](mailto:loss-covid19-mrc@alfastrah.ru).

#### Порядок выплаты



- Страховая выплата производится в течение 5 рабочих дней с момента подписания страхового акта;
- «АльфаСтрахование» составляет страховой акт в течение 10 рабочих дней после получения всех необходимых документов, подтверждающих факт, причину и размер ущерба.

#### Основные исключения\*\*\*



События не являются страховыми, если они произошли в результате:

- умысла застрахованного лица, а также лиц, действующих по их поручению;
- заболеваний или их последствий, в том числе связанных с последствиями несчастных случаев, произошедших до начала срока страхования, о которых «АльфаСтрахование» не было поставлено в известность заранее, до даты заключения договора страхования;
- несоблюдения застрахованным рекомендаций лечащего врача и лечебно-охранительного режима;
- отказа Застрахованного от предложенного лечения, в результате приведшего к смерти, инвалидности или затягиванию процесса выздоровления;
- госпитализации или проведения хирургической операции Застрахованному в связи с заболеванием/несчастным случаем, диагностированным/произошедшим до заключения Договора страхования, за исключением, если по соглашению сторон последствия/осложнения после хирургических операций не принимаются на страхование.

\*\*\*Полный перечень исключений из страхового покрытия указан в Правилах страхования, раздел №4 Правил. (Ознакомиться с ними можно, воспользовавшись QR-кодом в нижнем правом углу документа).

#### Контакты



**\*0999** – бесплатно для абонентов Билайн, МТС, Мегафон, Теле2, Тинькофф мобайл  
**8 495 788 09 99** – для звонков из Москвы.



Правила страхования,  
значение терминов,  
исключения



Скачайте мобильное  
приложение



По настоящему Договору страхования (Полису) Страховщик - АО «АльфаСтрахование» - обязуется за обусловленную Договором плату (страховую премию) осуществить страховую выплату в случае причинения вреда жизни и здоровью Застрахованного лица в результате наступления предусмотренного Полисом события (страхового случая). Настоящий Полис заключается в соответствии с «Правилами страхования жизни и здоровья от несчастных случаев и болезней» от 20 января 2021 г. (далее - Правила), а также Условиями страхования, являющимися неотъемлемой частью настоящего Полиса.

<b>1. Страховщик</b>	АО «АльфаСтрахование» Адрес: Россия, 115162, Москва, ул. Шаболовка, д.31, стр.Б, тел. 8 (800) 333 75 57, 8 (495) 788 0 999	
<b>2. Страхователь</b>	Иванов Иван Иванович	
<b>Дата рождения</b>	01.01.1976	
<b>Адрес</b>	Барнаул, Попова ул, 111	
<b>Телефон</b>	+7 (924) 581-48-99	
<b>Паспорт РФ</b>	7500	316345

**3. Застрахованное лицо**

Застрахованное лицо (ФИО полностью)	Дата рождения	Пол
Иванов Иван Иванович	01.01.1976	мужской
Страховая сумма на каждое Застрахованное лицо, руб.	Общая страховая премия по Полису, руб.	
500 000	1 800	

**4. Страховые риски/Размеры страховых выплат по рискам**

Время покрытия	24 часа в сутки	Территория страхования	Весь мир
<b>Дата заключения договора</b>	26.01.2022		
<b>4.1 Смерть в результате болезни</b>	100% от страховой суммы;		
<b>4.2 Госпитализация в результате болезни</b>	2000 рублей за каждый день госпитализации, но не более 20% от страховой суммы по риску Смерть в результате болезни;		
<b>4.3 Критическое заболевание</b>	10% от страховой суммы по риску Смерть в результате болезни;		
<b>4.4 Выгодоприобретатель</b>	Застрахованное лицо, в случае смерти Застрахованного - его законные наследники;		
<b>4.5 Порядок и дата оплаты</b>	Страховая премия по настоящему Полису подлежит единовременной оплате до начала действия Полиса. В случае неоплаты Страхователем страховой премии в срок, либо оплаты премии в меньшем размере, чем установлено настоящим Полисом, последний считается не вступившим в силу, а поступившие денежные средства считаются ошибочно уплаченными и подлежат возврату Страхователю в полном объеме.;		
<b>4.6 Срок действия полиса</b>	С 00 часов 00 минут 27.01.2022г. по 24 часов 00 минут 26.01.2023г. при условии оплаты страховой премии до начала действия полиса;		
<b>4.7 Особые условия</b>	В рамках настоящего Полиса под болезнью и Критическим заболеванием понимаются острые аллергические реакции на компоненты вакцины, впервые диагностированные в период действия договора страхования, потребовавшие обязательной медицинской помощи, возникшие после проведения вакцинации и приведшие к: - анафилактическому шоку в дату проведения вакцинации - отёку Квинке, синдрому Стивенса-Джонсона, синдрому Лайелла, острому стенозу гортани вследствие аллергического отёка, вакциноассоциированному энцефалиту, вакциноассоциированному полиомиелиту, синдрому Гийена-Барре или сывороточной болезни не позднее 15 календарных дней исчисляемых с даты проведения вакцинации, включая дату проведения вакцинации. Вакцинация должна быть проведена в период действия договора страхования на территории Российской Федерации с применением препаратов, одобренных Минздравом РФ. Выплата по рискам «Госпитализация в результате болезни» и «Критическое заболевание» производится 1 раз в течение действия настоящего Полиса. Валюта полиса - Российский рубль.		

**5. Декларация Страхователя**

5.1. Страхователь выражает согласие АО «АльфаСтрахование», зарегистрированному по адресу: 115162, г. Москва, ул. Шаболовка, д.31, стр. Б, (далее по тексту - Страховщик) на обработку указанных персональных данных, 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. 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. Страхователь 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 взносов), размере страховой суммы, о возникновении и урегулировании претензий, наступлении/вероятности наступления страховых случаев, выплате страхового возмещения и другую имеющую отношение к страховому Полису информацию;

5.2. Уплачивая страховую премию Страхователь подтверждает:

- 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;
- достоверность информации, представленной и указанной в настоящем Договоре;

5.3. 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.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА Озерков Александр Владимирович Документ-основание № 03/АИП/15 5 Агенты и розничные брокеры	Все сведения, указанные в настоящем Полисе, подтверждаю. С Правилами страхования ознакомлен и согласен. Экземпляр Правил страхования на руки получил и обязуюсь их выполнять.
СТРАХОВЩИК АО «АльфаСтрахование» ОГРН: 1027739431730 ИНН: 7713056834 Местонахождение: 115162, г. Москва, ул. Шаболовка, д. 31, стр. Б. Телефон 8 800 333 0 999 На основании документа №4637/19 Титов Денис Александрович	СТРАХОВАТЕЛЬ Иванов Иван Иванович
Подпись М.П.Титов Денис Александрович	Подпись М.П.

ДРАФТ

ДРАФТ

## Приложение к Полису № 1

**1. Условия страхования по полису**

1.1. Настоящие Условия страхования от несчастных случаев разработаны на основе «Правил страхования жизни и здоровья от несчастных случаев и болезней» АО «АльфаСтрахование» (далее – Правила, действующие на момент заключения Полиса). Если положения Правил противоречат положениям Условий страхования, силу имеют положения последних.

1.1.1. Настоящим Страхователь/Застрахованный подтверждает, что:

- действует от собственного имени и в своих интересах и не имеет бенефициарных владельцев.

- 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.

1.1.2. Условия настоящего Полиса, противоречащие Закону РФ от 7 февраля 1992г. №2300-1 «О защите прав потребителей», не применяются к правоотношениям, возникающим между Страховщиком и Потребителем по вопросам заключения, исполнения, изменения и расторжения договора страхования, заключаемого в соответствии с условиями настоящего Полиса.

Под Потребителем в настоящем Полисе понимается гражданин, намеривающийся заключить или заключивший договор страхования в соответствии с условиями настоящего Полиса-оферты исключительно для личных, семейных, домашних и иных нужд, не связанных с осуществлением предпринимательской деятельности;

1.2. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, в случаях, указанных в п.п. 8.3 - 8.4 Правил.

1.2.1. В течение первых 14 (четырнадцать) календарных дней со дня заключения Полиса Страхователь вправе его расторгнуть и получить возврат уплаченной страховой премии в полном объеме, при условии отсутствия в период действия страхования с даты заключения Полиса до даты отказа Страхователя от Полиса событий, имеющих признаки страхового случая в соответствии с п.8.3.2 Правил;

1.3. Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения (обеспечения) в случаях, предусмотренных законодательством РФ и указанных в п.п. 4.1, 4.2 Правил;

1.4. Страхователь обязан:

1.4.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, сообщить об этом Страховщику в срок не позднее 30 (тридцати) календарных дней с момента, когда стало известно о наступлении события в любой форме, позволяющей объективно зафиксировать факт обращения. Обязанность Страхователя сообщить о факте наступления события может быть исполнена Застрахованным лицом или Выгодоприобретателем, или, при отсутствии такового, наследниками Застрахованного;

1.4.2. При обращении за страховой выплатой, в случае, когда Страхователь является Выгодоприобретателем, предоставить Страховщику заявление на выплату по установленной Страховщиком форме, а также все необходимые документы, указанные в п.1.5.3 Условий страхования по Полису. Данная обязанность распространяется также на Выгодоприобретателя при обращении его за страховой выплатой;

1.4.3. Предоставить Страховщику или его представителю свободный доступ к информации, имеющей отношение к событию, обладающему признаками страхового случая;

1.5. Порядок осуществления страховой выплаты.

1.5.1. Страховая выплата производится в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента утверждения Страхового акта. Страховой акт составляется и утверждается Страховщиком в течение 10 (десяти) рабочих дней после получения всех необходимых документов, подтверждающих факт, причину и размер ущерба;

1.5.2. 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;

1.5.3. Для получения страховой выплаты Страховщику должны быть предоставлены следующие документы:

1.5.3.1. Заявление о страховой выплате; копия полиса страхования; документ, удостоверяющий личность получателя выплаты (Выгодоприобретателя, наследников Выгодоприобретателя, представителя Выгодоприобретателя; если выплату получает представитель Выгодоприобретателя/наследников Выгодоприобретателя) – нотариально удостоверенная доверенность или иной предусмотренный действующим законодательством документ, подтверждающий полномочия представителя; свидетельство о праве на наследство (в случае получения выплаты наследником Выгодоприобретателя).

1.5.3.2. Страховщику также предоставляются оригиналы заверенных надлежащим образом медицинских документов (выписка/справка/заключение), подтверждающих диагностирование аллергического состояния и оказание медицинской помощи (в домашних условиях или условиях медицинского учреждения), с указанием диагноза, сроков лечения; анкета пациента (заявление/опросный лист/согласие), заполненная вакцинируемым перед проведением вакцинации; оригиналы заверенных надлежащим образом документов, подтверждающих введение вакцины на территории Российской Федерации с применением препаратов, одобренных Минздравом РФ, с указанием даты введения, названия препарата (справка / сертификат о профилактических прививках). Принимаются медицинские документы, предоставленные из лечебно-профилактических учреждений, имеющих лицензию на оказание данного вида медицинской помощи (иммунизацию).

1.5.3.3. По факту наступления смерти – дополнительно к документам, указанным выше в п. 1.5.3.1 и п. 1.5.3.2 Условий страхования по Полису, Страховщику предоставляются: копия Свидетельства о смерти Застрахованного лица; выписка из истории болезни с посмертным диагнозом (в случае смерти в больнице) с указанием ФИО пациента, периода лечения, выполненных лабораторных и/или иных методов диагностики, утвержденных Минздравом России, заверенная копия протокола патологоанатомического вскрытия включая результаты судебно-химического исследования (если вскрытие не проводилось, то предоставляется копия заявления родственников об отказе от вскрытия); заверенная копия медицинского свидетельства о смерти, на основании которого выдана справка о смерти; заверенная копия справки о смерти. Копии медицинских документов должны быть надлежащим образом заверены медицинским учреждением.

1.5.3.4. К урегулированию страховых случаев, принимаются медицинские документы, предоставленные из лечебно-профилактических учреждений, имеющих лицензию на оказание данного вида медицинской помощи (иммунизацию).

1.5.4. Все документы предоставляются на русском языке или с нотариально заверенным переводом на русский язык. Документы предоставляются в печатном виде или разборчиво написанные от руки. Копии документов, передаваемых Страховщику, должны быть заверены нотариально, либо органом (учреждением), выдавшим оригинал документа.

1.5.5. Стороны договорились, что документы (в соответствии с п.1.5.3 Условий страхования по Полису и разделом 10 Правил страхования), в том числе Заявление о страховой выплате, могут быть предоставлены в виде сканированных копий и/или фото, согласно п.10.33 Правил страхования, с использованием сайта Страховщика <https://www.alfastrah.ru/coronavirus/> раздел «Урегулирование страховых событий». При этом Страховщик оставляет за собой право затребовать у Выгодоприобретателя (Застрахованного лица) оригиналы или заверенные надлежащим образом компетентными органами копии документов. Заявление о страховой выплате заполняется по установленной Страховщиком форме;

1.6. Страховщик имеет право:

1.6.1. Направлять запросы в компетентные органы по вопросам, связанным с расследованием причин и обстоятельств наступления страхового случая. В случае если компетентные органы располагают материалами, дающими основание Страховщику отказать в страховой выплате, отсрочить страховую выплату до выяснения всех обстоятельств;

1.6.2. Самостоятельно производить выяснение причин и обстоятельств события, обладающего признаками страхового случая;

1.6.3. Отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных действующим законодательством и Правилами страхования;

1.6.4. Отсрочить страховую выплату в том случае, если:

1.6.4.1. Правоохранительными органами возбуждено уголовное дело по факту страхового случая / в связи со страховым случаем, в том числе с обстоятельствами наступления страхового случая, против Страхователя / Застрахованного лица - до окончания уголовного расследования;

1.6.4.2. Начато судебное разбирательство в связи с наступлением страхового случая (события, имеющего признаки страхового случая) - до момента вступления судебного акта в законную силу при отсутствии факта его обжалования. В случае обжалования отсрочка происходит до момента принятия судебного акта, не подлежащего обжалованию.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА Озерков Александр Владимирович Документ-основание № 03/АИП/15 5 Агенты и розничные брокеры	Все сведения, указанные в настоящем Полисе, подтверждаю. С Правилами страхования ознакомлен и согласен. Экземпляр Правил страхования на руки получил и обязуюсь их выполнять.
СТРАХОВЩИК АО «АльфаСтрахование» ОГРН: 1027739431730 ИНН: 7713056834 Местонахождение: 115162, г. Москва, ул. Шаболовка, д. 31, стр. Б. Телефон 8 800 333 0 999 На основании документа №4637/19 Титов Денис Александрович	СТРАХОВАТЕЛЬ Иванов Иван Иванович Подпись М.П.
Подпись М.П. Титов Денис Александрович	

ДРАФТ

ДРАФТ



### Согласие на обработку персональных данных

Я выражаю согласие АО «АльфаСтрахование», зарегистрированному по адресу: 115162, г. Москва, ул. Шаболовка, д. 31, стр. Б (далее по тексту - Страховщик) на обработку указанных мною персональных данных, а также иных данных, которые могут быть получены Страховщиком (далее - ПДн), в том числе анализ и использование ПДн, передачу (предоставление, доступ) и поручение обработки третьим лицам, перечень которых указан [https://www.alfastrah.ru/docs/Partner\\_2019.pdf](https://www.alfastrah.ru/docs/Partner_2019.pdf) (далее - Третьи лица), а также их получение от Третьих лиц, как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств, а также путем смешанной обработки ПДн.

Я выражаю согласие на указанную обработку ПДн в целях, указанных в разделе 2 Политики ([https://www.alfastrah.ru/docs/Politika\\_pd.pdf](https://www.alfastrah.ru/docs/Politika_pd.pdf)), в том числе в целях:

- улучшения клиентского опыта, качества обслуживания, предоставления дополнительных возможностей и услуг, а также персонифицированных предложений Страховщика и Третьих лиц, в том числе путем осуществления прямых контактов с помощью средств связи;
- построения моделей, профилирования, таргетирования, статистических, аналитических и иных исследований взаимодействия со Страховщиком и третьими лицами, скоринга, обогащения и сегментации для формирования и адаптации возможных услуг и предложений Страховщика и Третьих лиц.

Я выражаю согласие на получение информации на указанные мной адреса электронной почты и/или номер мобильного телефона об уплате и размере страховой премии (страховых взносов), размере страховой суммы, о досрочном прекращении, о возникновении и урегулировании претензий, наступлении/вероятности наступления страховых случаев, выплате страхового возмещения и другую имеющую отношение к страховому Полису информацию.

Обработка ПДн осуществляется в течение срока действия настоящего Полиса и пяти лет с даты его прекращения. Я вправе в любое время направить письменное заявление об отзыве согласия на обработку его ПДн в адрес Страховщика.

Подтверждаю свое согласие на получение рекламных и информационных материалов от Страховщика и (или) Третьих лиц на указанные мной адреса электронной почты, номер мобильного телефона и/или иным способом. Страховщик обязуется разумно ограничить частоту и количество направлений мне указанных материалов. Я осознаю, что в случае моего отказа в согласии это не создаст каких-либо юридических последствий в отношении меня и не затронет мои права и законные интересы иным образом. Управление согласием (в том числе в форме отказа от дачи согласия) может быть осуществлено мной путем направления Страховщику соответствующего обращения удобным для меня способом (письменное заявление / обращение по электронной почте / обращение через формы обратной связи на сайте Страховщика) при условии предоставления сведений, необходимых Страховщику для моей идентификации / подтверждения обработки моих персональных данных Страховщиком. Я также вправе в любой момент времени отказаться от получения рекламных и информационных материалов от Страховщика и (или) Третьих лиц, следуя инструкциям, указанным в получаемых материалах, или путем направления Страховщику соответствующего обращения.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.



/ \_\_\_\_\_