

ИНФОРМАЦИЯ
о порядке действий Застрахованного лица при наступлении события,
имеющего признаки страхового случая
 (приложение к полису комбинированного страхования граждан, выезжающих с места постоянного проживания)

При наступлении события, имеющего признаки страхового случая по Основным программам (В, С):

В случае необходимости получения услуг, предусмотренных Программой страхования, прежде чем предпринять какие-нибудь действия, связанные с оплатой медицинских расходов или с организацией и оплатой всех прочих видов услуг, Застрахованный (или лицо, представляющее его интересы) в течение 24 часов с момента произошедшего события должен обратиться в любое время суток в Сервисную компанию:

Balt Assistance Ltd. по телефону: + 7 (4012) 605 455
Номер для SMS – сообщений: + 7 909 776 51 97
Skype: baltassistans

Дополнительные телефонные номера:

В Греции: +30 2312205025
 В Турции: +90 8504802258
 В Болгарии: +359 55481188

и:

- указать полностью свою Фамилию, Имя, номер полиса, программу страхования, наличие и размер франшизы, срок действия полиса, территорию страхования, наличие особых условий (количество дней страхового покрытия и др.);
- указать место, где он находится, и номер телефона, по которому с ним можно незамедлительно связаться;
- дать подробное описание возникшей проблемы и вида требуемой помощи;
- согласовать с Сервисной компанией дальнейшие действия.

Стоимость телефонного разговора с Сервисной компанией может быть возмещена Застрахованному при условии предоставления соответствующего счета, заверенного организацией, предоставившей услуги связи.

ВАЖНО!

Застрахованный может самостоятельно оплатить медицинские расходы и расходы по медицинской транспортировке (в случае, когда производится перемещение Застрахованного с места происшествия в одну из ближайших больниц) **без уведомления Сервисной компании** при условии, что эти расходы не превышают:

- для Территории страхования I и II: **300 долларов США/ евро** (в зависимости от валюты полиса), включая расходы на экстренную стоматологическую помощь в размере, не более 250 долларов США/евро (в зависимости от валюты полиса);

- для Территории страхования III: **5 000 рублей**, включая расходы на экстренную стоматологическую помощь.

В этом случае компенсация вышеуказанных расходов производится Страховщиком при условии предоставления в ЗАО «МАКС» заявления о страховой выплате, а также документов, подтверждающие факт наступления страхового случая и размер понесенных расходов, не позднее 30 дней со дня окончания поездки.

АДРЕС СТРАХОВЩИКА (ЗАО «МАКС»):
Россия, 115184 Москва, ул. Малая Ордынка, д.50
Тел.: (495) 730 11 01;
Факс: (495) 951 19 01

ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

<p>ПРОГРАММА В ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ 1. МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДЫ 2. РАСХОДЫ ПО МЕДИЦИНСКОЙ ТРАНСПОРТИРОВКЕ РЕПАТРИАЦИЯ В СЛУЧАЕ СМЕРТИ</p> <p>ВИЗИТ ТРЕТЬЕГО ЛИЦА В ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ РЕПАТРИАЦИЯ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ДОСРОЧНОЕ ВОЗВРАЩЕНИЕ ЭВАКУАЦИЯ ДЕТЕЙ ЭКСТРЕННАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ</p>	<p>В ↓</p> <p>С ↓</p>
<p>ПРОГРАММА В + ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ЮРИДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ АДМИНИСТРАТИВНОЙ ПОМОЩИ 1. ПЕРЕДАЧА СРОЧНЫХ СООБЩЕНИЙ 2. ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ ПОТЕРЕ ИЛИ ПОХИЩЕНИИ ДОКУМЕНТОВ</p>	

ЗАО «МАКС» желает Вам приятного путешествия!

Dear Sir or Madam,

In the event that the person stated in the policy requires emergency medical assistance please call our International Service Company within 24 hours so that the required assistance could be organized.

In the event that the insured person stated in the policy has already received required medical assistance and that person is at a hospital or other medical institution please notify our International Service Company within 48 hours after the admittance of the insured person to that medical institution so that the medical institution could receive guarantees of the payment of the expenses incurred.

Balt Assistance Ltd.:
Telephone: + 7(4012) 605 455
SMS number: + 7 909 776 51 97
Skype: baltassistans
 Greece: +30 2312205025
 Turkey: +90 8504802258
 Bulgaria: +359 55481188

Data about the insured person to be submitted to the International Service Company:

- Family name, first name, insurance program, availability and size of franchise, policy expiry term, territorial limits, special terms (number of insurance coverage days, etc.);
- Whereabouts of the insured person;
- Description of the problem and the kind of medical assistance required.

Thank you for your cooperation
ZAO MAKS