

# Заявление частного клиента

## Private Client application

Гарантируется Catlin Insurance Company (UK) Ltd  
Underwritten by Catlin Insurance Company (UK) Ltd

### Заполнение этой формы

Filling out this form

- Используйте эту форму, чтобы подать заявку на участие в одной из наших 4 программ здравоохранения Prima.
- Use this form to apply for one of our 4 Prima healthcare plans.
- Вы должны внимательно ответить на все следующие вопросы, поскольку ваши ответы играют важную роль в предоставлении этого страхования и определении страховых условий и взносов. Пожалуйста, свяжитесь с нами, если вы не понимаете какой-либо вопрос или характер запрашиваемой информации, или же обратитесь за информацией к вашему страховому агенту. Непредоставление информации или предоставление неполной или неточной информации может привести к потере страхового покрытия или других гарантий. Не забудьте подписать Декларацию на странице 4.
- You must take care in answering all the following questions which are relevant to us in providing this insurance and setting the terms and premium. Please contact us if you do not understand the question or the nature of the information required or please seek guidance from your broker. Failure to provide information or the provision of incomplete or inaccurate information may result in the loss of cover or other remedies. Remember to sign the Declaration on page 4.
- Пожалуйста, пишите разборчиво, используя заглавные буквы.
- Please write clearly using capital letters.
- Если вы переходите с другой страховой компании или с программы коллективного страхования ALC Health, вы должны приложить копию вашего текущего страхового полиса.
- If you are transferring from another insurer or from an ALC Health group policy, you must attach a copy of your current Certificate of Insurance.
- Если у вас есть какие-либо вопросы, звоните нам по телефону +44 (0) 1903 817970 (Великобритания), +34 952 93 16 09 (Испания) или +350 2000 77731 (Гибралтар).
- If you have any questions, call us on +44 (0) 1903 817970 (UK), +34 952 93 16 09 (Spain) or +350 2000 77731 (Gibraltar).
- Если вы хотите получить копию этого заявления, пожалуйста, сообщите нам об этом в течение 3-х месяцев.
- If you'd like a copy of this application form, please let us know within 3 months.

### Что дальше?

What's next?

- Отправьте заполненную форму нам, используя **один** из следующих вариантов:
- Send your completed form back to us using **one** of these options:
  - **Электронная почта:** privateclient@alchealth.com
  - **Email:** privateclient@alchealth.com
  - **Факс:** + 44 (0) 1903 879719
  - **Fax:** + 44 (0) 1903 879719
  - **Почта:** ALC Health, Chanctonfold Barn, Chanctonfold, Horsham Road, Steyning, West Sussex BN44 3AA United Kingdom
  - **Post:** ALC Health, Chanctonfold Barn, Chanctonfold, Horsham Road, Steyning, West Sussex BN44 3AA United Kingdom
- Мы отправим вам условия вашей страховой программы и счет к оплате в течение 5 рабочих дней.
- We'll write to you with your terms and requesting payment within 5 working days.
- Затем, как только мы получим вашу оплату, мы отправим ваш страховой полис и сопутствующую документацию.
- Then, once we've received your payment, we'll send your policy documentation.

## 1 Выбор уровня покрытия

### Choosing your level of cover

Пожалуйста, выберите **одну программу** ниже, которая покроет всех людей, включенных в эту заявку, затем поставьте отметки в соответствующих полях, чтобы выбрать уровень покрытия. Для получения более подробной информации о наших программах посетите [www.alchealth.com](http://www.alchealth.com) или просто просканируйте этот код с помощью вашего смартфона →

Please select **one plan** below to cover everyone on this application, then tick the boxes to choose your level of cover. For more information on our plans, visit [www.alchealth.com](http://www.alchealth.com) or simply scan this code with your smartphone →



**Пожалуйста, обратите внимание:** Программа Prima Concept не соответствует критериям режима проживания в Германии.

**Please note:** Prima Concept is not appropriate for residency requirements in Germany.

Prima Concept	Prima Classic	Prima Premier	Prima Platinum
<input checked="" type="checkbox"/> Стационарное, полустационарное и амбулаторное лечение <input checked="" type="checkbox"/> In-patient, day-patient and out-patient treatment	<input checked="" type="checkbox"/> Стационарное, полустационарное и амбулаторное лечение <input checked="" type="checkbox"/> In-patient, day-patient and out-patient treatment	<input checked="" type="checkbox"/> Стационарное и полустационарное лечение <input checked="" type="checkbox"/> In-patient and day-patient treatment <input type="checkbox"/> Амбулаторное лечение <input type="checkbox"/> Out-patient treatment	<input checked="" type="checkbox"/> Стационарное, полустационарное и амбулаторное лечение <input checked="" type="checkbox"/> In-patient, day-patient and out-patient treatment
	Лимит на нормально протекающую беременность и роды: Routine pregnancy and childbirth limit: <input type="checkbox"/> €3,000 : €3,600 : US\$4,500 <input type="checkbox"/> €5,000 : €6,000 : US\$7,500	Лимит на нормально протекающую беременность и роды: Routine pregnancy and childbirth limit: <input type="checkbox"/> €3,000 : €3,600 : US\$4,500 <input type="checkbox"/> €5,000 : €6,000 : US\$7,500 <input type="checkbox"/> €7,500 : €9,000 : US\$11,250 <input type="checkbox"/> €10,000 : €12,000 : US\$15,000	Лимит на нормально протекающую беременность и роды: Routine pregnancy and childbirth limit: <input type="checkbox"/> €3,000 : €3,600 : US\$4,500 <input type="checkbox"/> €5,000 : €6,000 : US\$7,500 <input type="checkbox"/> €7,500 : €9,000 : US\$11,250 <input type="checkbox"/> €10,000 : €12,000 : US\$15,000 <input type="checkbox"/> €20,000 : €24,000 : US\$30,000
	<input type="checkbox"/> Стоматологические процедуры Dental treatment	<input type="checkbox"/> Стоматологические процедуры Dental treatment	<input type="checkbox"/> Стоматологические процедуры Dental treatment
<input type="checkbox"/> Эвакуация или репатриация Evacuation or Repatriation	<input type="checkbox"/> Эвакуация или репатриация Evacuation or Repatriation	<input type="checkbox"/> Эвакуация или репатриация Evacuation or Repatriation	<input type="checkbox"/> Эвакуация или репатриация Evacuation or Repatriation

**Территория действия покрытия:**

Area of cover:

- Территория 1 - Европа  
Area 1 - Europe
- Территория 2 - Весь мир  
(за исключением США)  
Area 2 - Worldwide (excluding USA)

**Территория действия покрытия:**

Area of cover:

- Территория 1 - Европа  
Area 1 - Europe
- Территория 2 - Весь мир  
(за исключением США)  
Area 2 - Worldwide (excluding USA)
- Территория 3 - Весь мир  
Area 3 - Worldwide

**Территория действия покрытия:**

Area of cover:

- Территория 1 - Европа  
Area 1 - Europe
- Территория 2 - Весь мир  
(за исключением США)  
Area 2 - Worldwide (excluding USA)
- Территория 3 - Весь мир  
Area 3 - Worldwide

**Территория действия покрытия:**

Area of cover:

- Территория 1 - Европа  
Area 1 - Europe
- Территория 2 - Весь мир  
(за исключением США)  
Area 2 - Worldwide (excluding USA)
- Территория 3 - Весь мир  
Area 3 - Worldwide

**В какой валюте вы хотели бы оплачивать страховые взносы? Ваши страховые возмещения будут также выплачиваться в этой валюте.**

In which currency would you like to pay your premium? Your policy benefits will also be in this currency.

- GBP  Euro€  US\$

**Какой размер франшизы вы хотели бы оплатить?** Франшиза определяется на человека на год действия страховки и не покрывает такие дополнительные опции, как нормально протекающая беременность и роды, стоматологические процедуры, эвакуация или репатриация, а также выплаты на плановые обследования, уход за зрением и прививки. Чтобы снизить ваши страховые взносы, выберите более высокий уровень франшизы.

How much excess would you like to pay? Excess is per person per policy year and does not apply to Routine Pregnancy &amp; Childbirth, Dental Treatment, Evacuation or Repatriation options or Well-being, Optical and Vaccination benefits. To reduce your premium amount, choose a higher policy excess.

- Нет Nil  £50 : €60 : US\$75  £150 : €180 : US\$225  £300 : €360 : US\$450
- £500 : €600 : US\$750  £1,000 : €1,200 : US\$1,500  £2,500 : €3,000 : US\$3,750  £5,000 : €6,000 : US\$7,500
- £7,500 : €9,000 : US\$11,250

**Как бы вы хотели бы оплачивать ваши страховые взносы?** Мы вышлем вам более подробную информацию после принятия вашей заявки.

How would you like to pay your premium? We'll send details following acceptance of your application.

- Ежегодно **Annually**  Кредитной или дебетовой картой **Credit / Debit Card**  Прямым дебетованием\* **SEPA Direct Debit\***  Банковским переводом **Bank Transfer**  Чеком **Cheque**
- Ежеквартально **Quarterly**  Кредитной или дебетовой картой **Credit / Debit Card**  Прямым дебетованием\* **SEPA Direct Debit\***  Банковским переводом **Bank Transfer**
- Ежемесячно **Monthly**  Кредитной или дебетовой картой **Credit / Debit Card**  Прямым дебетованием\* **SEPA Direct Debit\***  Банковским переводом **Bank Transfer**

\* Платежи с использованием прямого дебетования SEPA возможны только с банковских счетов, открытых в странах ЕС/ЕЭП.

\* SEPA Direct Debit payments from EU/EEA bank accounts only

## 2 Ваши данные

### Your details

### Данные страхователя

Policyholder details

**Обращение**

Title

- Mr  Mrs  Miss  Ms  Другое:

**Имя (имена)**

First name(s)

**Фамилия**

Surname

**Дата рождения (ДД-ММ-ГГГГ)**

Date of birth (DD-MM-YYYY)

**Пол**

Gender

**Род занятий (пожалуйста, предоставьте подробную информацию)**

Occupation (please give full details)

**Национальность**

Nationality

**Страна проживания**

Country of residence

**Адрес электронной почты**

Email address

**Домашний адрес**

Home address

  
  

Почтовый индекс:

Postcode:

Страна

Country

**Адрес для корреспонденции (если отличается)**

Correspondence address (if different)

  
  

Почтовый индекс:

Postcode:

Страна

Country

**Номера телефонов**

Phone numbers

Рабочий:

Work:

Мобильный:

Mobile:

Факс:

Fax:

Будет ли сам страхователь застрахован в соответствии с данной программой?

Is the Policyholder to be insured under this policy?

- Да  Нет  
Yes No

## Сведения о членах семьи

### Additional family member details

Пожалуйста, предоставьте подробную информацию о всех членах семьи, которые будут покрыты данной программой. Членами семьи считаются ваш супруг/партнер и дети в возрасте до 25 лет, которые постоянно проживают с вами или получают образование в очной форме. Please give details of any additional family members to be covered by this policy. This includes your spouse/partner and any children under the age of 25 years of age who are permanently living with you or in full time education.

Если программа должна покрыть более четырех дополнительных членов семьи, пожалуйста, сделайте копию этой страницы, перед тем как начать заполнение данного раздела, и пронумеруйте каждый лист, используя соответствующие поля справа, чтобы помочь нам отслеживать порядок страниц.

If more than four additional family members are to be covered, please photocopy this page before you start filling in this section, and number each sheet using the boxes on the right to help us keep track.

Копия номер  из   
Copy number of

#### 1-й член семьи 1st family member

Обращение

Title

Имя (имена)

First name(s)

Фамилия

Surname

Дата рождения (ДД-ММ-ГГГГ)

Date of birth (DD-MM-YYYY)

Отношение к страхователю

Relationship to policyholder

Род занятий

Occupation

Национальность

Nationality

Страна проживания

Country of residence

#### 2-й член семьи 2nd family member

Обращение

Title

Имя (имена)

First name(s)

Фамилия

Surname

Дата рождения (ДД-ММ-ГГГГ)

Date of birth (DD-MM-YYYY)

Отношение к страхователю

Relationship to policyholder

Род занятий

Occupation

Национальность

Nationality

Страна проживания

Country of residence

#### 3-й член семьи 3rd family member

Обращение

Title

Имя (имена)

First name(s)

Фамилия

Surname

Дата рождения (ДД-ММ-ГГГГ)

Date of birth (DD-MM-YYYY)

Отношение к страхователю

Relationship to policyholder

Род занятий

Occupation

Национальность

Nationality

Страна проживания

Country of residence

#### 4-й член семьи 4th family member

Обращение

Title

Имя (имена)

First name(s)

Фамилия

Surname

Дата рождения (ДД-ММ-ГГГГ)

Date of birth (DD-MM-YYYY)

Отношение к страхователю

Relationship to policyholder

Род занятий

Occupation

Национальность

Nationality

Страна проживания

Country of residence

# Медицинский анамнез

Medical history

Вы переходите с другого страховщика или с программы коллективного страхования ALC Health? Перерыва в покрытии от предыдущего страховщика быть не должно.

Are you transferring from another insurer or from an ALC Health group policy? There should be no break in cover from your previous insurer.

Нет - пожалуйста, перейдите в раздел 3

No - please go to section 3

Да - пожалуйста, ответьте на приведенные ниже вопросы и прикрепите копию вашего текущего страхового полиса

Yes - please complete the questions below and attach a copy of your current Certificate of Insurance

Пожалуйста, убедитесь, что у вас есть разрешение на предоставление нам всех медицинских деталей относительно всех членов вашей семьи, которых вы хотите добавить к этой программе  
Please make sure you have permission to advise us of all the medical details for all family members you wish to add to this plan

Копия номер

из

Copy number

of

**Страхователь**  
Policyholder

**1-й член семьи**  
1st family member

**2-й член семьи**  
2nd family member

**3-й член семьи**  
3rd family member

**4-й член семьи**  
4th family member

**Были ли у вас рак в течение последних 5 лет?**

Have you had cancer in the last 5 years?

Да  Нет  
Yes No

Да  Нет  
Yes No

Да  Нет  
Yes No

Да  Нет  
Yes No

Да  Нет  
Yes No

**Запланированы ли для вас или были ли проведены какие-либо консультации, исследования, лечение, диагностические тесты или осмотры на предмет рака?**

Do you have any treatment, consultations, investigations, diagnostic tests or check-ups planned or pending for cancer?

Да  Нет  
Yes No

Да  Нет  
Yes No

Да  Нет  
Yes No

Да  Нет  
Yes No

Да  Нет  
Yes No

**Проходили ли вы какое-либо лечение в больнице или обращались ли вы за консультацией врача общей практики или специалиста в течение последних 12 месяцев?**

Have you had any treatment in hospital or consulted a doctor, medical practitioner or specialist in the last 12 months?

Да  Нет  
Yes No

Да  Нет  
Yes No

Да  Нет  
Yes No

Да  Нет  
Yes No

Да  Нет  
Yes No

**Запланированы ли для вас или были ли проведены какие-либо консультации, исследования, лечение, диагностические тесты или осмотр?**

Do you have any treatment, consultations, investigations, diagnostic tests or check-ups, planned or pending?

Да  Нет  
Yes No

Да  Нет  
Yes No

Да  Нет  
Yes No

Да  Нет  
Yes No

Да  Нет  
Yes No

Под словом «лечение» мы подразумеваем хирургические или медицинские вмешательства, включая прием лекарств, назначенных врачом, необходимых для диагностики, облегчения или излечения болезни, недомогания или травмы. Специалистом является любой врач, в том числе психиатр, который не является вашим лечащим врачом-терапевтом.

By treatment we mean surgical or medical intervention including drugs prescribed by a doctor, that are needed to diagnose, relieve or cure a disease, illness or injury. A specialist is any doctor, including psychiatrist who is not your medical practitioner.

## Описание заболеваний

### Declaring illnesses

Если вы ответили утвердительно на любой из вышеперечисленных вопросов, здесь вы должны предоставить полную информацию.

Пожалуйста, продолжайте на отдельном листе, если это необходимо.

If you've answered **yes** to any of the questions above, you must give full details here. Please continue on a separate sheet if necessary.

Полное имя

Full name

Заболевание, включая текущий прогноз

Medical condition, including current prognosis

Лечение, включая даты, лекарственные препараты и дозировки

Treatment, including dates, drugs and dosages

Полное имя

Full name

Заболевание, включая текущий прогноз

Medical condition, including current prognosis

Лечение, включая даты, лекарственные препараты и дозировки

Treatment, including dates, drugs and dosages

Полное имя

Full name

Заболевание, включая текущий прогноз

Medical condition, including current prognosis

Лечение, включая даты, лекарственные препараты и дозировки

Treatment, including dates, drugs and dosages

## Политика дополнительного страхового покрытия

### Top-up Policy

- Пожалуйста, отметьте это поле, если у вас есть местный полис медицинского страхования. Вы можете использовать страховые требования, поданные по вашему местному полису медицинского страхования, чтобы израсходовать франшизу по вашей программе ALC Health, если они соответствуют нашим условиям.

Please tick if you have a local health insurance policy. You can use the eligible claims you make on your local health insurance policy to use up the excess on your ALC Health policy.

## 3 Закон о защите данных 1998 года Data Protection Act 1998

Для того, чтобы подготовить и организовать вашу программу, компания ALC Health, ее андеррайтеры Catlin Insurance Company (UK) Ltd и ее назначенные обработчики страховых требований Global Response будут хранить и использовать информацию о вас и всех других лицах, покрытых программой. Эта информация могла быть предоставлена вами, членами вашей семьи, покрытыми программой, или поставщиками медицинских услуг. Пожалуйста, предоставляйте поставщикам медицинских услуг конфиденциальную информацию (например, информацию относительно состояния здоровья) о членах семьи в возрасте старше 16 лет, покрытых программой, только если они дали на это согласие. Если вы предоставите нам эту информацию, мы воспримем это как подтверждение того, что вы получили их согласие.

To set up and manage your plan, ALC Health, its underwriters Catlin Insurance Company (UK) Ltd and its appointed claims handlers Global Response, will hold and use information about you and anyone included under the plan. This information may have been provided by you, family members covered under the plan, or healthcare providers. Please only provide healthcare providers with sensitive information (such as health information) about family members aged over 16, covered under the plan, if you have their consent to do so. If you give us this information we'll take this as confirmation that you have their consent.

Перед подписанием и отправкой данной формы важно убедиться, что каждое лицо старше 16 лет, которое вы хотите включить в вашу страховую программу, понимает условия, которые применяются к программе.

Before you sign and return this form it is important that anyone over the age of 16 that you wish to include under your policy, understands the terms and conditions that apply to the plan.

Компания ALC Health, ее андеррайтеры или обработчики страховых требований могут использовать услуги других организаций, передавая им часть своей работы или пользуясь услугами по поддержке и обновлению компьютерных систем. Помимо общения с вашими поставщиками медицинских услуг, андеррайтеры ALC Health и/или ее обработчики страховых требований будут обмениваться информацией друг с другом и с ALC Health для того, чтобы обрабатывать ваши заявления о выплате страховых возмещений. ALC Health, ее андеррайтеры или обработчики страховых требований могут передавать информацию в страны за пределами Европейского экономического пространства (ЕЭП), где законы о защите личной информации не так сильны, как в ЕЭП. Они всегда будут принимать меры для того, чтобы убедиться, что все сотрудничающие с ними организации обеспечивают надлежащий уровень защиты.

ALC Health, its underwriters or its claims handlers may employ other organisations to undertake some of their work for them and to run and improve their computer systems. As well as communication with your healthcare providers, ALC Health's underwriters and/or its claims handlers will share information with each other and with ALC Health in order to manage your claims. ALC Health, its underwriters or its claims handlers may transfer information to countries outside the European Economic Area (EEA) where the laws protecting personal information are not as strong as in the EEA. They will always take steps to ensure that all organisations working for them provide an appropriate level of protection.

Страхователь является законным владельцем данной программы. ALC Health и ее андеррайтеры будут отправлять страхователю большую часть своих письменных сообщений о программе и о любых страховых требованиях - заявлениях на получение страхового возмещения. Если какое-либо лицо старше 18 лет, которое вы намерены покрыть в рамках этой программы, не желает, чтобы их информация была получена вами, это лицо должно подать заявку на открытие собственной страховой программы. The policyholder is the legal owner of the plan. ALC Health and its underwriters will send most of their written communications about the plan and about any claims to the policyholder. If any person over 18 that you intend to cover under the plan does not wish them to do this, that person should apply for their own plan.

Подписывая эту форму, страхователь подтверждает, что:

- каждое лицо, включенное в программу, предоставило согласие на открытие этой программы страхователем, действующим от их имени.
- страхователь дает согласие от своего имени и от имени вышеупомянутых членов семьи компании ALC Health, ее андеррайтерам и обработчикам страховых требований на использование личной информации способами, описанными выше.

By signing this form the policyholder confirms that:

- anyone included on the plan has agreed that the policyholder has their permission to act for them to set up this plan
- the policyholder consents on behalf of those family members and themselves to ALC Health, its underwriters and its claims handlers using personal information in the ways described above.

ALC Health, ее андеррайтеры и/или обработчики страховых требований могут передавать информацию третьим лицам напрямую либо путем использования общих баз данных. Эти третьи стороны будут включать в себя другие страховые компании и правоохранительные органы. Это делается для предотвращения или расследования преступлений, в том числе мошеннических или других неправомерных страховых требований. При некоторых обстоятельствах ALC Health, ее андеррайтеры или обработчики страховых требований должны предоставить информацию о своих подозрениях о возможном преступлении в правоохранительные органы и информировать соответствующие регулирующие органы, когда у них есть веские причины сомневаться в профессиональной пригодности поставщика медицинских услуг.

ALC Health, its underwriters and/or its claims handlers may pass information directly to third parties or by using shared databases. These third parties will include other insurers and law enforcement agencies. This is to prevent or investigate crime, including fraudulent or other improper claims. In some circumstances ALC Health, its underwriters or its claims handlers must provide information about their suspicions of crime to law enforcement agencies and will let the relevant regulatory body know when it has good reason to question a healthcare provider's fitness to practice.

Если участник программы хочет узнать подробности о том, какая информация о нем хранится в ALC Health, он должен связаться с ALC Health. Если участник программы хочет узнать подробности о том, какая информация о нем хранится у андеррайтера, он должен написать менеджеру по защите данных по адресу: Catlin Insurance Company (UK) Ltd, 20 Gracechurch Street, London EC3V 0BG. Если участник программы хочет узнать подробности о том, какая информация о нем хранится у обработчиков страховых требований, он должен написать им по адресу: Global Response, PO Box 1114, Cardiff CF11 1UL United Kingdom. ALC Health, ее андеррайтеры и/или обработчики страховых требований могут взимать плату за эту услугу.

If any person would like details of the information that ALC Health holds about them they should contact ALC Health. If they would like details of the information that the underwriter holds about them they should write to the Data Protection Manager, Catlin Insurance Company (UK) Ltd, 20 Gracechurch Street, London EC3V 0BG. If they would like details of the information that the claims handlers hold about them, they should write to Global Response, PO Box 1114, Cardiff CF11 1UL United Kingdom. ALC Health, its underwriters and/or its claims handlers may charge a fee for this service.

Подписывая и отправляя эту форму, вы соглашаетесь, что компания ALC Health, ее андеррайтеры, ее обработчики страховых претензий и любые другие организации, уполномоченные ALC Health, могут использовать предоставленную вами информацию, чтобы сообщать вам по почте, телефону, электронной почте или путем отправки текстового сообщения о продукции, услугах и медицинской информации. Если вы хотите отказаться от этого, отметьте это поле. Вы можете изменить свое решение в любое время, связавшись с нами.

By signing and returning this form you agree that ALC Health, its underwriters, its claims handlers and any other organisations authorised by ALC Health may use the information you have provided to inform you by letter, telephone, email or mobile message of products, services and healthcare information unless you tick this box to show otherwise. You may change your mind at any time by contacting us.

## 4 Ваша декларация Your declaration

1. Я получил и ознакомился с полными Определениями, Страховыми возмещениями, Исключениями и Условиями настоящей Программы, включая Общее исключение 1, относящееся к существующим заболеваниям, и Общее условие 7, относящееся к регулирующему закону. Я понимаю, что Форма заявления, Страховой полис и Условия страхования составляют договор между мной и компанией и являются составной частью страховой программы. Я понимаю, что покрытие будет обеспечено в соответствии с программой. Общее исключение 1, относящееся к существующим заболеваниям, не применяется в случае перенесения медицинского андеррайтинга. Любые личные исключения будут указаны в вашем Страховом полисе.

I have received and read the full Definitions, Benefits, Exclusions and Conditions of this Policy including General Exclusion 1 relating to Pre-existing Conditions and General Condition 7 relating to Governing Law. I understand that the Application Form, Certificate of Insurance and the Policy Wording make up the contract between us and all form part of the policy. I am aware that cover shall be provided in accordance with the policy. General Exclusion 1 relating to Pre-existing Conditions is not applicable to medical underwriting transfers. Any personal exclusions will be stated on your Certificate of Insurance.

2. Исходя из моих/наших знаний и убеждений, я заявляю/мы заявляем, что информация, предоставленная в данном заявлении, является точной и полной. Я убедился (-лась)/мы убедились в том, что в предоставленная мной/нами информация не содержит искажений или неточностей, и понимаю/понимаем, что вся предоставленная информация играет важную роль в принятии и оценке этого страхования, определении условий, на которых оно принимается, и определении размера страховых взносов.

I/we declare that the information disclosed in this proposal is, to the best of my/our knowledge and belief, both accurate and complete. I/we have taken care not to make any misrepresentation in the disclosure of this information and understand that all information provided is relevant to the acceptance and assessment of this insurance, the terms on which it is accepted and the premium charged.

3. Я понимаю, что если я не удовлетворен содержанием этой политики, я могу отменить страхование в течение 14 дней после оформления этого контракта, как указано в Условиях страхования.

I understand that if I am not satisfied with the content of this policy, I may cancel the insurance within 14 days of the completion of this contract as set out in the Policy Wording.

4. Если я проявил желание заплатить с помощью кредитной/дебетовой карты или прямого дебетования, я разрешаю а la carte healthcare limited списывать соответствующий страховой взнос с моего счета на протяжении 4-х дней до даты оплаты/обновления договора, а также все последующие страховые взносы в соответствии с уведомлениями, пока я не предоставлю письменное уведомление о желании прекратить действие настоящего Соглашения. Я понимаю, что а la carte healthcare limited не может нести ответственность за прекращение действия моей страховой программы, если попытки оплаты с помощью кредитной/дебетовой карты или прямого дебетования были отклонены, и я не ответил на запросы альтернативных способов оплаты в течение 7 дней.

If I have indicated that I wish to pay by credit/debit card or DDM, I authorise a la carte healthcare limited to debit my account up to 4 days in advance of the collection/renewal date with the appropriate premium, and all subsequent renewal premiums due as notified until I give written notice that I wish to terminate this Agreement. I understand that a la carte healthcare limited cannot be liable if my policy is lapsed should the credit/debit card or DDM be declined and I do not respond to requests for alternative methods of payment within 7 days.

5. Я прочитал уведомление о Законе о защите данных 1998 года, содержащееся в данной форме заявки

I have read the Data Protection Act 1998 notice as contained in this Application Form.

6. Если вы не проявите разумную степень осмотрительности, и предоставленная вами информация окажется неточной или неполной, мы можем принять одну или несколько следующих мер:

- (i) Отменить вашу программу;
- (ii) Объявить ваше членство недействительным (ваша страховая программа будет считаться никогда не существовавшей);
- (iii) Изменить условия вашей программы; или
- (iv) Отказаться иметь дело со всеми или частью каких-либо страховых требований или уменьшить размер выплаты по каким-либо страховым требованиям.

If you don't take reasonable care and the information you give us is inaccurate or incomplete then we may take one or more of the following actions:

- (i) Cancel your plan;
- (ii) Declare your membership void (treating your plan as if it had never existed);
- (iii) Change the terms of your plan; or
- (iv) Refuse to deal with all or part of any claim or reduce the amount of any claims payments.

Мы можем попросить вас предоставить дополнительную информацию и/или документацию, чтобы убедиться, что информация, которую вы предоставили при получении, внесении изменений или продлении страховой программы, была точной и полной.

We may ask you to provide further information and/or documentation to make sure that the information you gave us when taking out, making changes to or renewing your plan was accurate and complete.

Мы с вами вправе выбрать законодательство, которое будет регулировать данный договор страхования. Мы предлагаем английское законодательство, поэтому к данному страховому договору будет применяться английское законодательство, если не будет согласовано иное.

We and you are entitled to choose the law that will govern this contract of insurance. We propose English law and this will apply unless otherwise agreed.

Покрытие не вступит в силу, пока данное заявление не будет принято страховщиком и пока не будет оплачен страховой взнос. Страховщик оставляет за собой право отклонить любое страховое заявление или предложить взносы и условия, отличные от указанных ранее, в зависимости от предоставленной вами информации.

No cover is in force until this proposal is accepted by the insurer and the premium is paid. The insurer reserves the right to decline any insurance proposal or to offer different premium and terms from those quoted dependent on the information you have provided.

## Дата начала программы

Policy start date

Дата (ДД-ММ-ГГГГ)

Date (DD-MM-YYYY)

Ваша страховая программа не может начаться, пока мы не получим и не примем эту форму. Если вы хотите, чтобы ваше покрытие вступило в действие позднее, вы должны сообщить нам о любых изменениях в информации, представленной в этой форме - вы не можете подать заявку на покрытие, которое должно начаться позднее 60 дней после даты заполнения этой формы.

Your policy cannot start until we receive and accept this form. If you'd like your cover to start at a future date, you must let us know if there are any changes to the information given in this form - you cannot apply for cover more than 60 days in advance of completion of this form.

## Документация

Documentation

Вы хотите получать всю документацию относительно страховой программы и осуществлять дальнейшую переписку по электронной почте? Мы будем использовать адрес со страницы 2.

Would you like to receive all policy documentation and future correspondence by email? We'll use the address from page 2.

Да  Нет

Yes No

## Подтверждение

Confirmation

Подпись страхователя

Policyholder signature

Подписание данного Заявления не обязывает вас заключать договор страхования.

Signing this Application does not bind you to enter into this insurance.

Дата подписания (ДД-ММ-ГГГГ)

Date signed (DD-MM-YYYY)

Если вы заполнили электронную версию этой формы, пожалуйста, отметьте поле ниже, чтобы принять декларацию.

If you're completing a digital version of this form, please tick the box below to acknowledge the declaration.

Я, как страхователь, подтверждаю, что я прочитал и понял эту декларацию  
I confirm, as the policyholder, I have read and understood this declaration

Название агентства

Agency Name

Номер агентства

Agency Number

Этот документ был переведен с английского языка на русский. В случае возникновения разногласий английская версия имеет преимущественную силу. Несмотря на все приложенные усилия в отношении точности перевода, ALC Health не несет ответственности за возможные ошибки, упущения или неверное истолкование каких-либо частей оригинала в данном переводе.

This document was translated from English to Russian. In the event of a dispute, the English version takes precedence. Although no effort was spared in respect of the translation's accuracy, ALC Health cannot be held liable for any possible mistakes, omissions or misinterpretations in the translation.

Catlin Insurance Company (UK) Ltd. Юридический адрес: 20 Gracechurch Street, London EC3V 0BG. Зарегистрирована в Англии и Уэльсе. Регистрационный номер в Англии 5328622. Catlin Insurance Company (UK) Ltd сертифицирована Органом пруденциального надзора и регулируется Управлением по финансовому регулированию и надзору (FCA) и Органом пруденциального надзора (PRA).

Catlin Insurance Company (UK) Ltd. Registered office: 20 Gracechurch Street, London EC3V 0BG. Registered in England and Wales. Registered number in England 5328622. Catlin Insurance Company (UK) Ltd is authorised by the Prudential Regulation Authority and regulated by the Financial Conduct Authority (FCA) and the Prudential Regulation Authority (PRA).

Global Response Ltd. Юридический адрес: 254 Upper Shoreham Road, Shoreham-By-Sea, West Sussex BN43 6BF. Зарегистрирована в Англии и Уэльсе. Регистрационный номер 05830667.

Global Response Ltd. Registered office: 254 Upper Shoreham Road, Shoreham-By-Sea, West Sussex BN43 6BF. Registered in England and Wales. Registered number 05830667.

ALC Health является коммерческим обозначением компании à la carte healthcare ltd. Зарегистрирована в Англии под номером 4163178. Юридический адрес: Chanctonfold Barn, Chanctonfold, Horsham Road, Steyning, West Sussex BN44 3AA. Компания à la carte healthcare ltd сертифицирована и регулируется Управлением по финансовому регулированию и надзору (FCA).

ALC Health is a trading style of a la carte healthcare ltd. Registered in England no 4163178. Registered office: Chanctonfold Barn, Chanctonfold, Horsham Road, Steyning, West Sussex BN44 3AA. a la carte healthcare limited is authorised and regulated by the Financial Conduct Authority (FCA).