

Медицинская инфраструктура в ДМС

Выбор застрахованных и потенциал для роста удовлетворенности персонала



Введение

Это исследование – попытка сформировать общее понимание о медицинской инфраструктуре в рамках продукта ДМС, ее влиянии на удовлетворенность застрахованных, их клиентский опыт и путь.

Под медицинской инфраструктурой мы понимаем совокупность лечебных учреждений и их оснащение для обеспечения всеми необходимыми видами медицинской помощи для поддержания здоровья.

Мы выражаем благодарность нашим партнерам – страховщикам, которые поделились аналитикой по клиентским предпочтениям и комментариями о возможностях роста качества медицинского сервиса посредством медицинской инфраструктуры.

Из исследования вы узнаете:

- Каковы причины инфраструктурных перекосов в ДМС и возможные варианты решений?
- В какие клиники чаще всего обращаются застрахованные городов-миллионеров?
- Есть ли ценовое неравенство по регионам, и отчего это зависит?
- Когда франшиза на клинику дает результат, а не создает проблему?

Методология

База для исследования:

- 1 Данные 6 страховщиков – лидеров рынка ДМС в разрезе обращаемости и уровня выплат в городах-миллионерах по корпоративному портфелю ДМС
- 2 Интервью и комментарии страховщиков-участников исследования

Участники исследования:

- АльфаСтрахование
- Ингосстрах
- ВСК
- Росгосстрах
- Зетта Страхование Жизни
- Сбербанк страхование



Инфраструктурные перекосы в регионах

Причины и решения региональных перекосов в рамках ДМС

Качество и диапазон возможностей организации медицинской помощи по ДМС во многом определяется **потенциалом региональной** медицинской инфраструктуры.

Установлена значимая зависимость коммерческого сектора медицины **от экономических и отраслевых показателей** в регионах, таких как:

- валовый региональный продукт
- среднедушевые денежные доходы
- численность медицинских учреждений¹

¹Беркович М.И., Кибирев О.А. Рынок частных медицинских услуг на мезо-экономическом уровне: структурно-факторный подход // Научные труды Вольного экономического общества России. 2023. №4.

6,1

тыс. руб.

потребление платных медицинских услуг среди субъектов РФ на душу населения (медианное значение)²

13

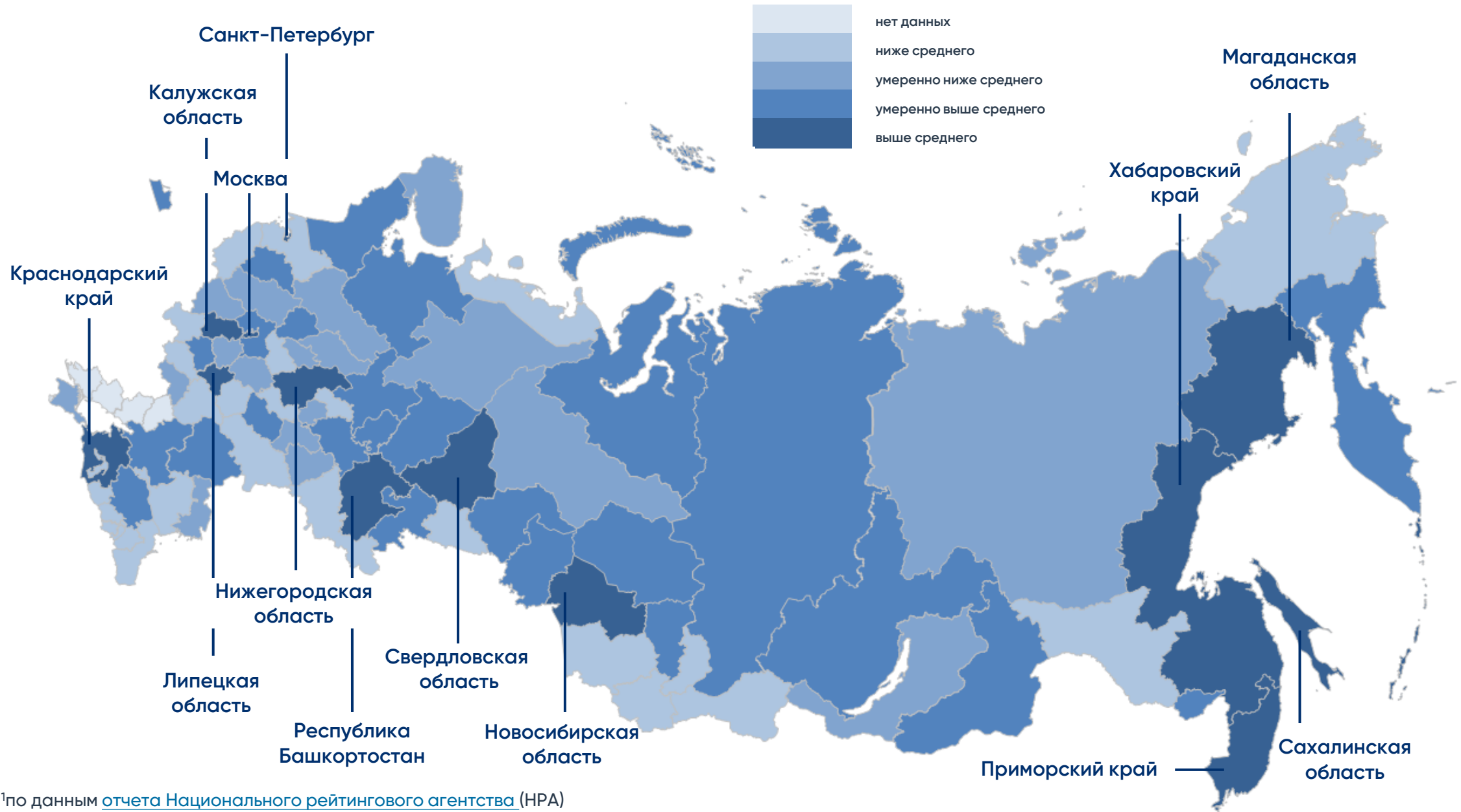
регионов

отличаются от медианы в большую сторону более чем на 50% (подробнее на следующем слайде)

Это свидетельствует о насыщенности предложением в данных регионах и о сравнительно низкой ценовой доступности медицинских услуг для населения.

²по данным [отчета Национального рейтингового агентства](#) (НРА)

Уровень потребления платных медицинских услуг¹



¹по данным [отчета Национального рейтингового агентства](#) (НРА)

The background of the slide is a blurred photograph of a medical setting. In the foreground, a person is lying on a blue padded surface, likely a medical bed or scanner. In the background, a doctor in a white coat is standing and talking to a woman. The scene is brightly lit, suggesting a clinical environment.

~40 субъектов РФ

демонстрируют, по данным Росстата, показатели по потреблению платных медицинских услуг ниже медианного показателя по стране, что может свидетельствовать о более низкой доступности медицинских услуг коммерческого сектора.

В такой ситуации **масштабирование продукта ДМС** в регионах может стать **дополнительным драйвером развития** медицинской инфраструктуры в регионе.

Паттерны «регионального вопроса» в ДМС



Рост востребованности платных медицинских услуг в регионах на фоне снижения доступности помощи в системе ОМС, с одной стороны, и роста покупательной способности, подстегиваемой повышением дохода, с другой стороны



Рост спроса на ДМС в регионах как фактора мотивации и удержания в условиях растущего кадрового дефицита



Выравнивание ожиданий от сервиса ДМС между столицами и регионами, в том числе в связи с децентрализацией рабочей силы и миграцией экспертизы в регионы как следствиями масштабирования удаленных форматов работы



Наблюдается четкий **тренд роста коммерческой медицины в регионах**, процент роста в 2 раза больше, чем Москве.

Доступность медицинской помощи в регионах повышается: приходит привычка пользоваться ДМС, другой фактор – промышленные предприятия передают медицинские активы умному оператору, который повышает эффективность программ охраны здоровья персонала.



[Подробнее смотрите по этой ссылке](#)



ГК «Медси» на HR-форуме Remind Benefits 2023:
2:38:21–2:41:08

В чем специфика регионального продукта ДМС?

Региональное **неравенство в доступности медицинской помощи** на протяжении многих лет было поводом для скепсиса в отношении в ДМС как ценности в социальном пакете для отдельных территорий.

На данный момент **цифровизация** и новые продукты уже способствуют экспансии ДМС в регионы и позволяют предлагать рабочие решения под конкретные задачи предприятий.



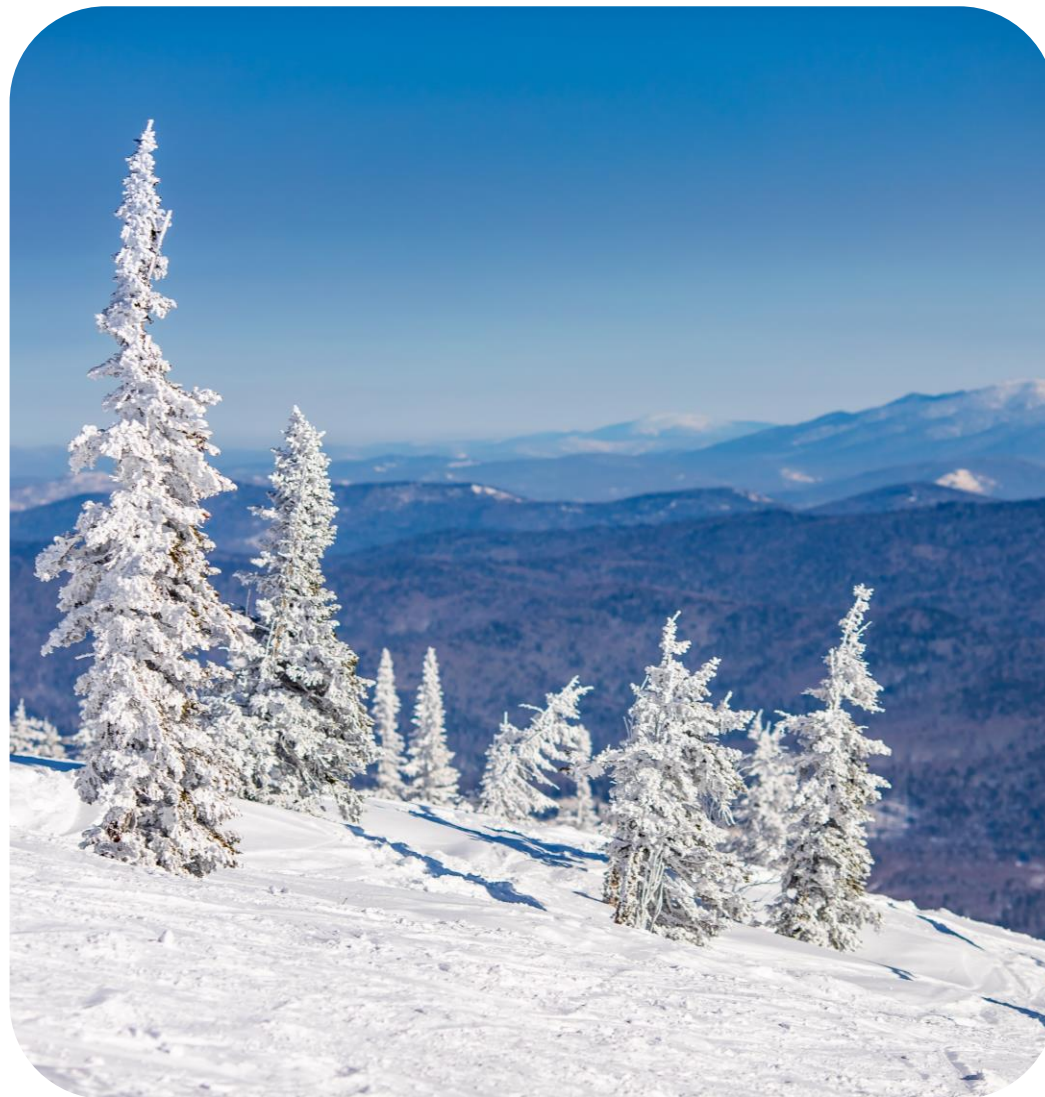


Регионам необходим качественный базовый ДМС, в основе которого:

- Работа на расширение договорной базы ЛПУ
- Привлечение для организации помощи экспертизы федеральных центров
- Качественное сервисное сопровождение и работа пульта

[Подробнее смотрите по этой ссылке](#) 

«Росгосстрах» на HR-форуме Remind Benefits 2023
2:31:54–2:32:45





Решение проблемы регионального неравенства

1

Цифровые сервисы и телемедицина как базовые элементы навигации застрахованных и решения базовых задач в ДМС

В условиях растущего дефицита медицинских кадров второе мнение и доступ к узким специалистам высоко ценится сотрудниками в регионах со слабой медицинской инфраструктурой.



Цифровая клиника направлена на выстраивание бесшовного пути пациента к медицине. В регионах с низкой или невысокой доступностью медицинской помощи за счет сочетания онлайн- и офлайн-форматов можно существенно ускорить процесс обследования и приблизить получение актуальных рекомендаций врача.

Основной фокус развития сервиса – закрытие потребностей пациента, какой бы вопрос у него не возник, путем интеграции цифровых сервисов в его опыт.

Страховой дом «ВСК»

Экспертный комментарий

Решение проблемы регионального неравенства

2 Бесшовная интеграция сервисов ДМС в блок производственной медицины

Аналитика медицинских данных, сопровождение пациентов групп риска, организация решения сложных медицинских кейсов на базе региональных и федеральных лечебных центров как показатель социальной ответственности работодателя





Несколько лет назад компания АльфаСтрахование запустила на рынок **проект «Управление здоровьем персонала»**, который предоставил сотрудникам компаний возможность не только получать медицинскую помощь, когда есть симптомы заболевания, но и превентивно заботиться о здоровье.

Проект делает медицину **более доступной в отдаленных локациях** и закрывает потребность в медицинской помощи прямо на производственной площадке с проактивным доктором. Проект может быть реализован с использованием выездного формата диагностики и дистанционными консультациями медицинского советника – практикующего врача, которого страховщик прикрепляет к конкретному коллективу.

Такой **превентивный подход** оказывает позитивное влияние на весь рабочий процесс, а своевременные обследования помогают повышать продуктивность. Фокусная работа с застрахованными из зоны риска по хроническим заболеваниям позволяет **продлевать профессиональное долголетие и снижать текучесть персонала**, связанную с преждевременной потерей трудоспособности.

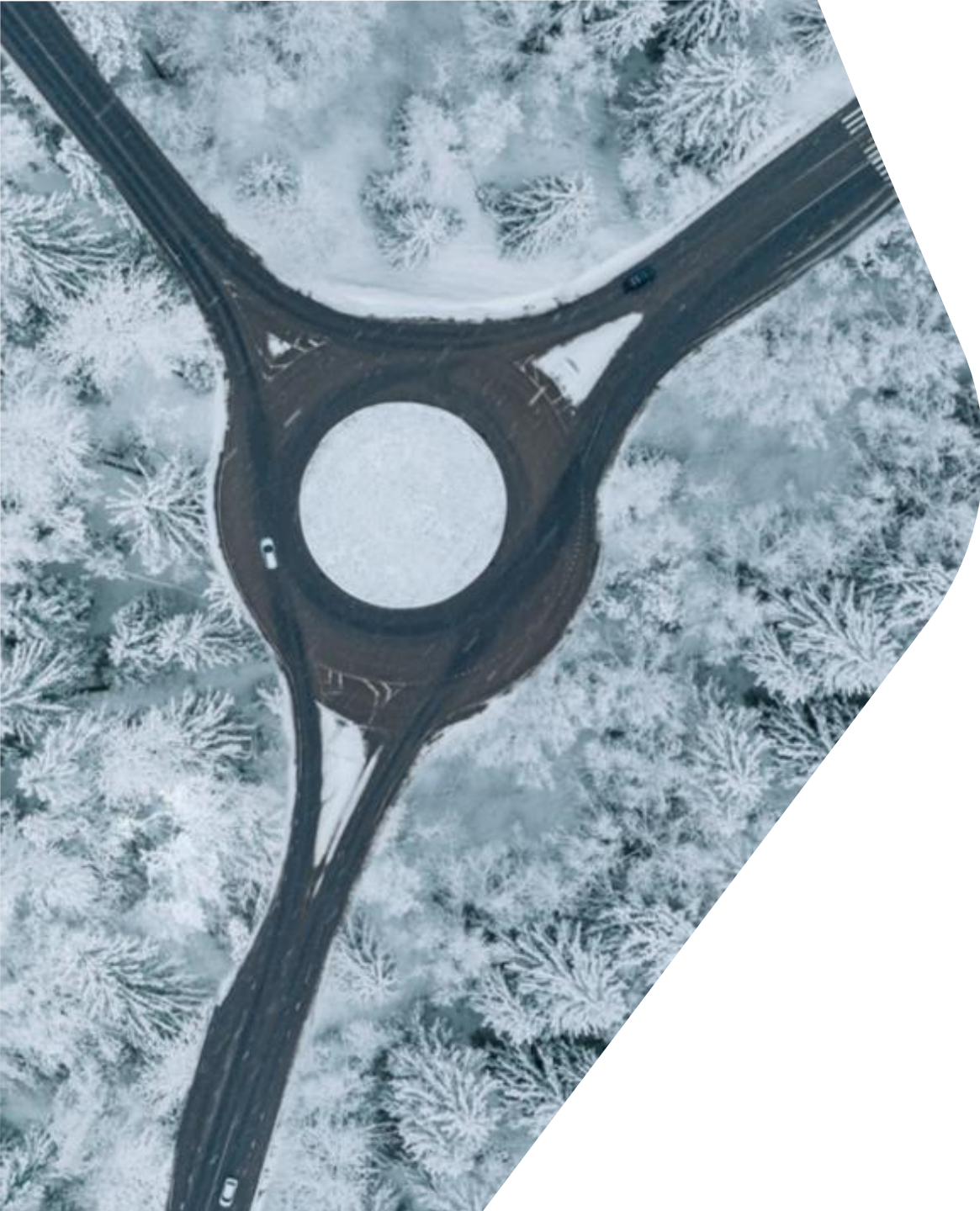


Решение проблемы регионального неравенства

3

Инфраструктурные медицинские проекты крупных предприятий в регионах присутствия, в том числе как часть стратегии развития и сохранения человеческого потенциала с привлечением партнёра по ДМС

Отдельно можно отметить новый тренд на формирование целостной экосистемы здоровья на предприятиях, включая открытие клиник на территории офисов крупного бизнеса для долгосрочного управления благополучием коллектива.



Предпочтение или «страховой» наджинг?

*наджинг (nudging, подталкивание) – косвенное подталкивание потребителя к определенному поведению

Клиники, востребованные в городах-миллионерах

Наш опрос ведущих страховщиков ДМС показал, что на **клиники частного сектора** приходится **82%** от общего числа выборки топ-10 востребованных клиник амбулаторно-поликлинического обслуживания (АПП) и **85%** от общего числа выборки топ-10 востребованных стоматологических клиник.

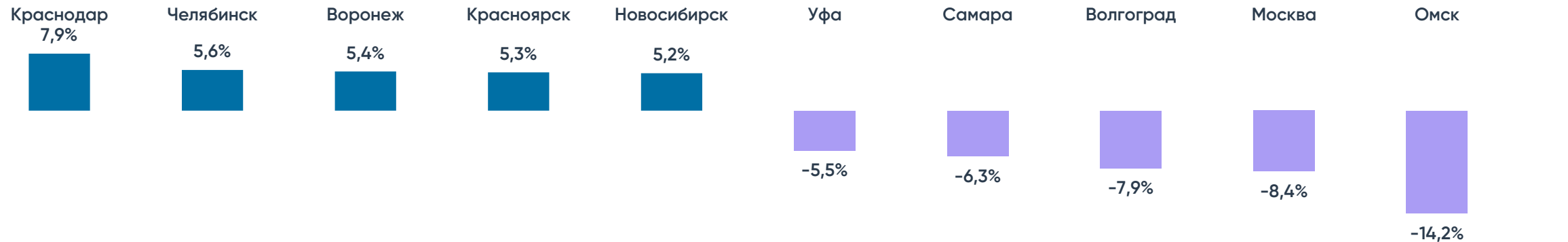


Такова типичная картина для городов-миллионеров с уже сформированной коммерческой медицинской инфраструктурой. По конкретным городам отклонения от средней доли частной медицины в структуре востребованных клиник незначительны. И это только подтверждает, что в городах-миллионерах **высока доступность клиник коммерческого сегмента**.

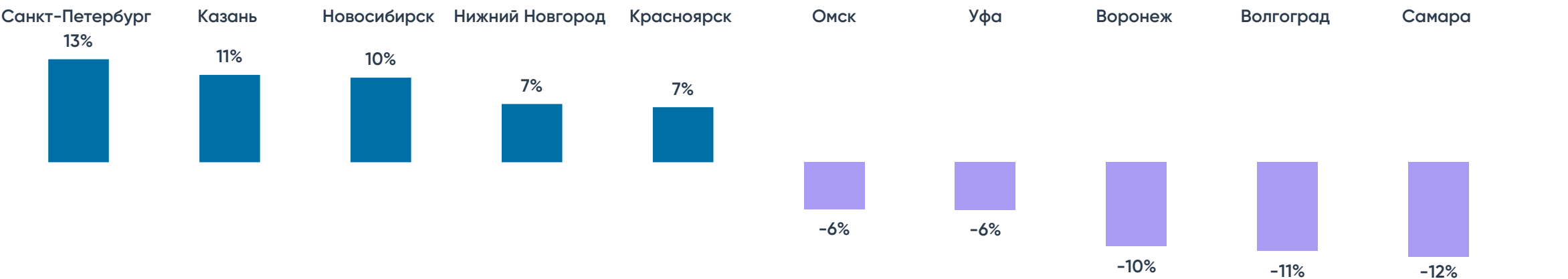


Государственные клиники в городах-миллионерах зачастую исполняют функцию **экспертных региональных центров**, что в том числе может определять их присутствие в структуре обращений в рамках ДМС.

Топ-5 городов с отклонением от средней доли частной медицины (82%) среди востребованных клиник по блоку амбулаторно-поликлинического обслуживания



Топ-5 городов с отклонением от средней доли частной медицины (85%) среди востребованных клиник по блоку «Стоматология»



Что влияет на структуру сети клиник страховщика в регионах и обращаемость в них?

Структура клиентского портфеля (отрасли компаний, численность, уровни программ)

Она диктует специфику выбора сети лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) под задачи клиента с учетом профиля бизнеса.

Например, превалирующий производственный профиль клиента в конкретном регионе будет формировать высокую долю обращений в клиники уровня «Стандарт». При этом будет уделяться большое внимание возможности интеграции лечебного учреждения с медицинской инфраструктуры производственного объекта.

Инструменты навигации и система сдерживания, которые использует страховщик

К ним можно отнести непрямо́й доступ и маршрутизация в рамках колл-центра, телемедицина и другие мобильные сервисы страховой компании.

Партнерские условия с клиниками

Наличие собственной сети клиник или эксклюзивных партнёрских соглашений с лечебными учреждениями позволяют выдерживать соотношение цена-качество на оптимальном уровне.



Важно помнить, что каждый страховщик имеет свою уникальную структуру сети клиник и статистику по обращаемости в эти клиники в разных регионах.

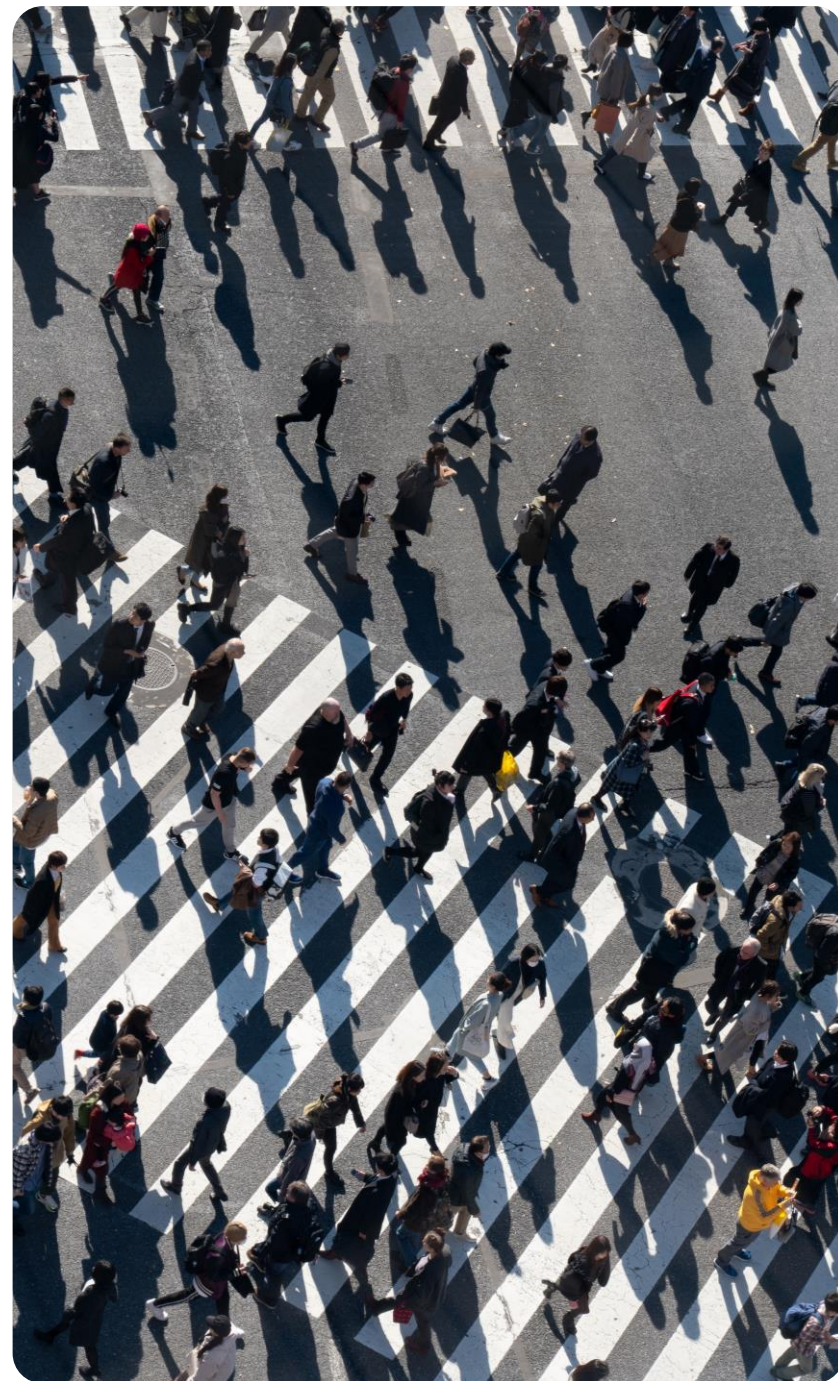
Клиники, востребованные в городах-миллионерах

При этом высокая конкуренция за клиента и выравнивание клиентских ожиданий по сервису в ДМС между Москвой и регионами определяют готовность страховщиков оперативно расширять перечень лечебных учреждений по запросу.

Несмотря на то что количество ЛПУ, с которыми имеют договорные отношения страховщики, исчисляется тысячами, **значимая доля обращений приходится на 10-20 клиник в регионе.** И с этими клиниками, если только нет каких-то специфических ограничений, работают, как правило, все основные участники рынка ДМС.



[Нажмите, чтобы посмотреть Приложение «ТОП ЛПУ по востребованности в городах-миллионерах»](#)





Страховщик по ДМС управляет рисками, в том числе и в части качества медицинской помощи. Перед принятием решения о заключении договора с клиникой всегда есть этап аудита на соответствие стандартам работы клиники, и если все требования страховщика соблюдены, то решение принимается в пользу партнёрства. А если есть риски для качества и уровня сервиса, то мы в диалоге с клиентом открыто обсуждаем их. При формировании сети клиник страховщик отдаёт предпочтение партнеру с высокой медицинской экспертизой, гарантией качества и предсказуемостью по ценообразованию. Для страховщика преимуществом является наличие собственной сети клиник, где все эти условия соблюдаются и определяют лучший контроль убыточности по ДМС.

Ингосстрах

A photograph showing the backs of five people (three men and two women) standing in a row, looking out a large window at a city skyline. They are dressed in business attire.

Экспертный комментарий

Градация по уровню клиник



50%

работодателей, по данным портфеля Remind, предлагает разный уровень программ в зависимости от должности застрахованных.

95%

случаев – отличия в программах определяются не объемом помощи, а именно уровнем клиник (названия у страховщиков отличаются: Стандарт, Бизнес, Комфорт и т.п.).

Градация по уровням клиник определяется **сервисной составляющей** и стоимостью услуг, как правило, это взаимосвязанные условия. При этом **премиальный сегмент** коммерческой медицины – это удел **двух столичных регионов**, что продиктовано стабильным спросом на VIP-сервис, который дополнительно усилился на фоне сложной геополитической ситуации последних лет и снижения доступности медицинской помощи за рубежом.

Дорожная карта формирования оптимального перечня клиник в ДМС

1

Привлеките профессионального консультанта – страхового брокера

2

Проанализируйте обращаемость по своему договору и паттерны поведения застрахованных на основе аналитики от страхового партнера

3

Проведите опрос застрахованных, где в отдельном блоке снимите потребности сотрудников и пробелы текущих условий по сети ЛПУ



Как правило, базовые предложения топ-страховщиков по клиникам в рамках одного уровня программ сопоставимы. Исключения могут быть в отдельных локациях, где тот или иной страховщик имеет большую долю рынка и более стабильный уровень сервисного обслуживания.

Дорожная карта формирования оптимального перечня клиник в ДМС

4 Сформируйте wish-лист и обсудите его со страховщиком. Отдельно уточните его профессиональную позицию по наиболее частотным запросам, почему эти клиники еще не в программе.

- Выше уровня текущей программы по категории ЛПУ
- Нерекомендуемое ЛПУ
- Новое ЛПУ, на момент заключения договора не работало и т.п.

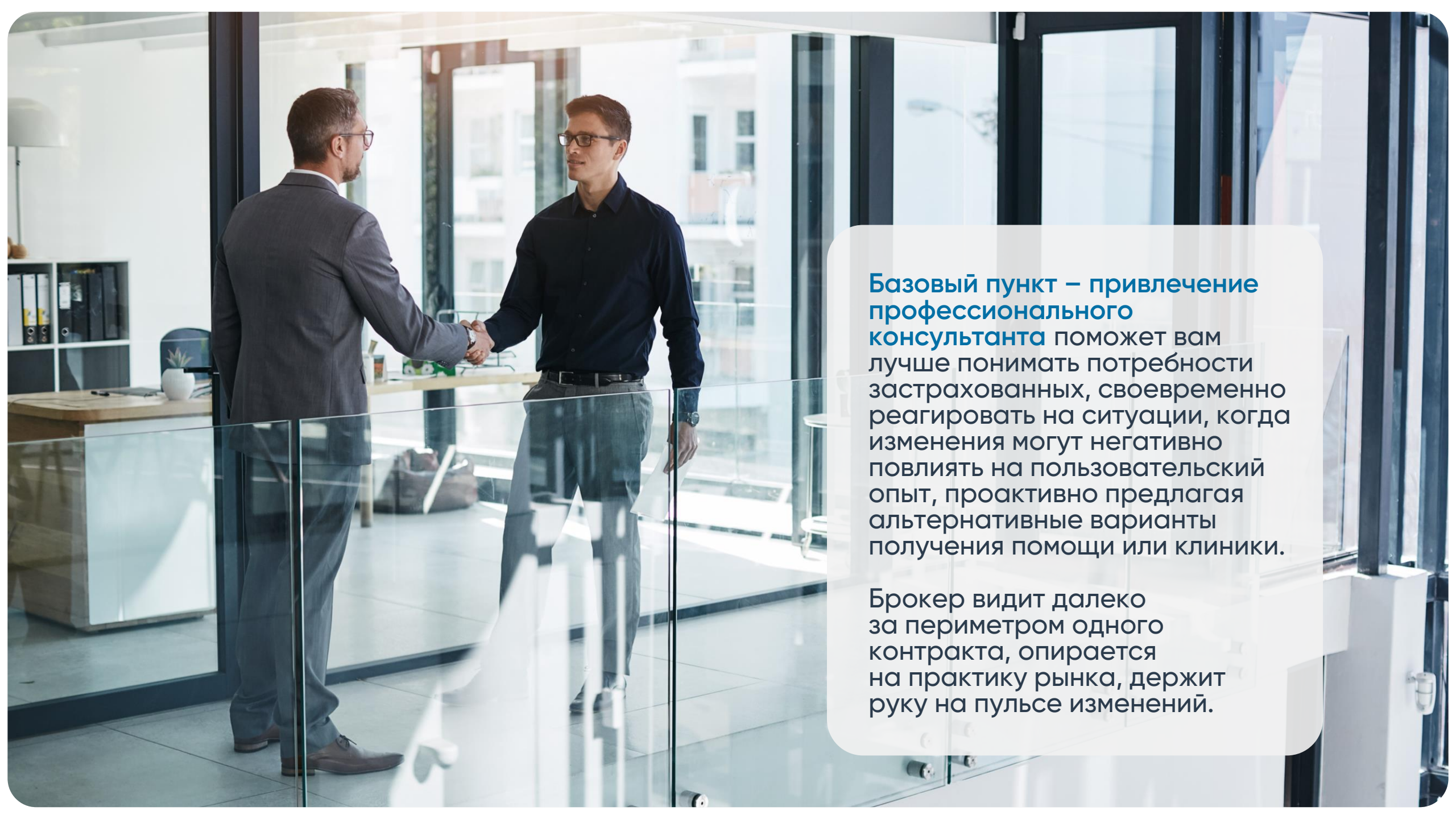
6 После внесенных изменений – донесите актуальную информацию по новым условиям до застрахованных.

5 Оцените финансовые последствия расширения сети ЛПУ. Варианты могут быть разные:

- это может и ничего не стоить, если клиники в одной ценовой категории с текущими
- небольшая доплата
- включение без доплаты, но с применением франшизы (об этом дальше)



Важно помнить, что сеть клиник страховщика – это живой организм (одни клиники закрываются, другие меняют условия доступа и т.п.).



Базовый пункт – привлечение профессионального консультанта поможет вам лучше понимать потребности застрахованных, своевременно реагировать на ситуации, когда изменения могут негативно повлиять на пользовательский опыт, проактивно предлагая альтернативные варианты получения помощи или клиники.

Брокер видит далеко за периметром одного контракта, опирается на практику рынка, держит руку на пульсе изменений.



Наиболее важными факторами при выборе ЛПУ для клиентов ДМС являются:

- Территориальная доступности и удобство логистики
- Загруженность (т.е. наличие свободных слотов расписания на ближайшие дни)
- Уровень качества сервиса (местная репутация ЛПУ, рейтинг, отзывы о специалистах на профильных сайтах, уровень технического оснащения)
- Ведение приема конкретным специалистом в ЛПУ либо регалии: кандидат медицинских наук, доктор медицинских наук
- Наличие прямого доступа/прикрепления: обслуживание по спискам без согласования со страховой компанией

Сбербанк Страхование

Экспертный комментарий



Ценовое неравенство в ДМС: мифы и реальность

Москва и регионы



Столичный статус определяет значительную разницу московских цен на медицинские услуги по сравнению с регионами.

+98% выше **средний чек в Москве** по сравнению со средним чеком на медицинские услуги в 15 нестоличных городах-миллионерах¹

Данная цифра сопоставима с информацией Росстата по средней стоимости базового набора услуг в АПП

+82% выше в Москве к средней цене «**базового набора услуг в амбулаторно-поликлиническом обслуживании**»² в 15 нестоличных городах-миллионерах.

¹ По данным 3 страховщиков

² Базовый набор услуг по АПП: консультация специалиста, УЗИ брюшной полости, общий анализ крови (цены по данным Росстата на август 2024 г., в 16 городах-миллионерах)

Отклонения от среднего чека на медуслуги в 15 нестоличных в городах-миллионерах*



Отклонения от средней цены «базового набора в АПП» в 15 городах-миллионерах (без учета Москвы)



* по данным 3 страховщиков

Факторы ценовой разницы

Отличия в распределении ценовой разницы Росстата и общей картины по ДМС в моменте могут быть обусловлено несколькими факторами:

- Росстат отражает среднюю картину по региону, их методология не учитывает экстремальные отклонения, превышающие средний уровень цен по услуге. В ДМС средняя стоимость обращения может включать цены премиального сегмента коммерческой медицины.
- Страховщик в ДМС – своего рода оптовый закупщик, который может получать лучшие ценовые условия у отдельных клиник.



[Нажмите, чтобы посмотреть Приложение «ТОП ЛПУ по среднему чеку по блокам помощи: АПП и стоматология»¹](#)

¹Перечень ЛПУ, которые упоминаются в списках трех и более страховщиков (запрошены топ-10 ЛПУ по среднему чеку в разрезе уровней программ в городах-миллионерах за 2023 г.)



Паттерн посещения клиник как фактор цены в ДМС

Тариф в ДМС – это многофакторный показатель, где уникальный профиль Вашего коллектива, в том числе паттерн обращений в конкретные клиники, имеет весомую роль. **На стоимость влияют те клиники, куда реально зафиксированы обращения.** Оптимизировать стоимость за счет удаления не востребоваанных клиник не получится. К ценообразующим относятся клиники, в которые ходят застрахованные и те, кто формируют вероятность обращения с наиболее высокой выплатой («дорогой» сегмент).

Зетта страхование жизни



[Подробнее смотрите по этой ссылке:](#) 1:41:52–1:42:36



Ключевые факторы формирования тарифа:

- где лечат заболевания: паттерн посещения клиник в разрезе видов помощи
- что лечат: какие заболевания наиболее частотны в коллективе



Франшизные клиники: что, где, когда?

Франшиза на клиники – действенный инструмент управления пользовательским опытом застрахованного и затратами в ДМС.

Как работает франшиза?

Франшиза, т.е. установленный процент от стоимости полученной медицинской услуги, **оплачивается застрахованным при посещении** клиники или через личный кабинет застрахованного.

Чаще всего для застрахованного франшиза сопряжена с дополнительными действиями в рамках его уже привычного обращения за помощью по ДМС (активация в личном кабинете, привязка карты, списание средств). Но мы видим, как год за годом продуктовые команды страховщиков планомерно оптимизируют пользовательский опыт в цифровых сервисах, что помогает легче преодолевать барьеры в использовании франшизы.



Две стороны одной медали

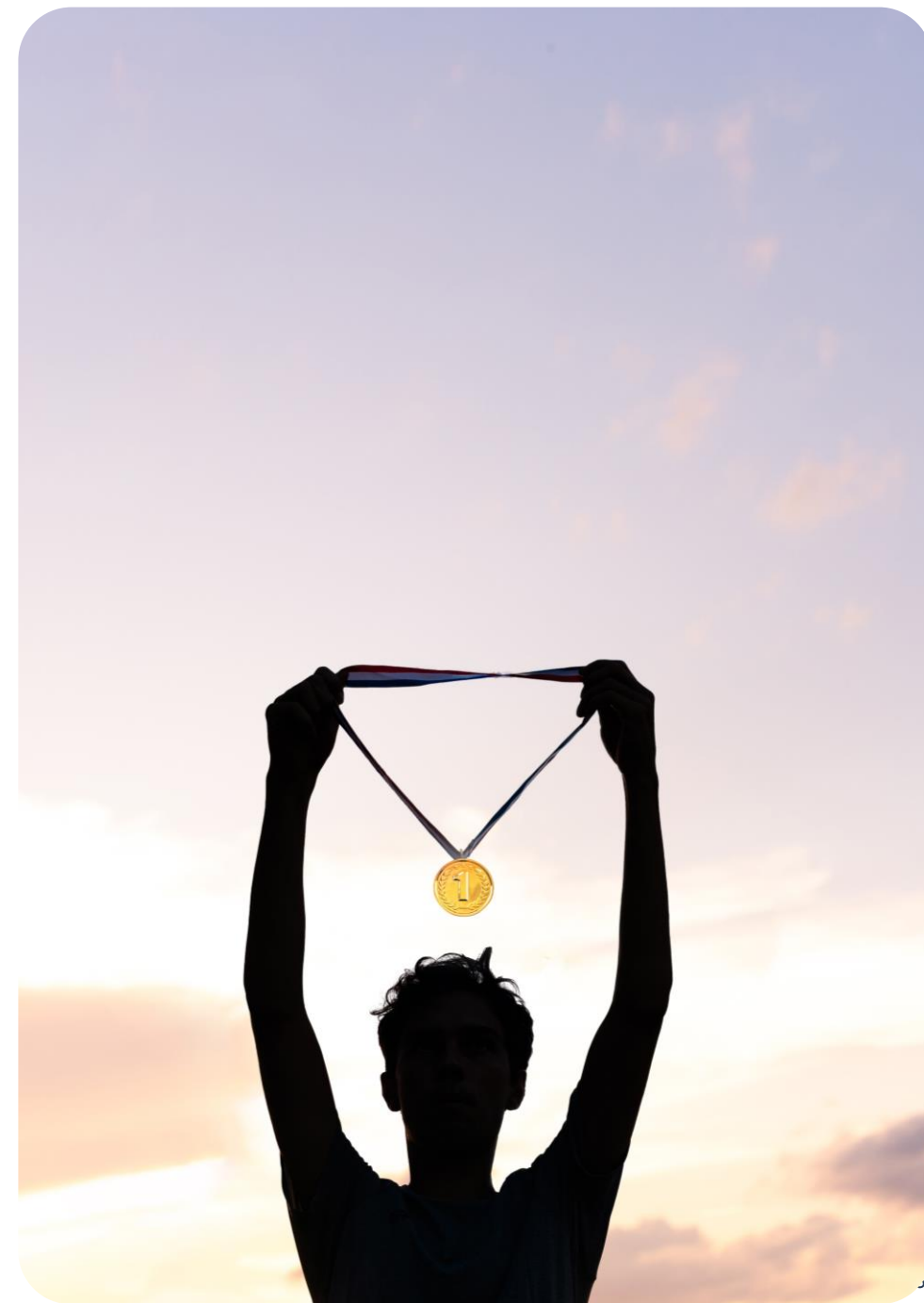


1

Франшиза как фактор расширения

Как правило, в рамках опроса застрахованных в топе желаний – расширение перечня клиник или включение «хороших» клиник. И тут желание застрахованных вступает в конфликт с бюджетными возможностями работодателя.

Франшиза в этой ситуации может стать «соломоновым решением», когда застрахованный получает доступ в клинику более высокого сервисного уровня, а работодатель контролирует ситуацию с затратами на договор ДМС.



Две стороны одной медали

2

Франшиза как инструмент сдерживания

В условиях инфляционного всплеска рост тарифа на ДМС как следствие высокой убыточности – это реальность, с которой сталкивается каждая вторая компания.

11,8 % прогноз по медицинской инфляции на 2025 год¹

Одно из решений – введение франшиз на клиники, которые формируют завышенный средний чек и/или значимую долю выплат.



Оплата части услуг застрахованным из собственного кармана стимулирует культуру разумного потребления услуг в ДМС, снижает походы к врачу без необходимости.



¹по данным опроса Remind ведущих страховщиков ДМС

Не все франшизы одинаково ~~полезны~~ работают

5%

франшиза для контроля убыточности, как правило, не позволяет достичь желаемых результатов, так как не повышает барьеры для входа в клиники и слабо влияет на паттерны поведения пользователя.

15%

средний размер франшизы

50–70%

«нерабочая», или заградительная, франшиза. Ожидать всплеска положительных отзывов от улучшения сервиса и пользовательского опыта в следующего году по результатам опроса самонадеянно.



Внедрение франшизы на клиники, в которые застрахованные не обращаются, точно даст эффект близкий к нулю.

Франшиза – общий взгляд



Лидерами по включению франшизы являются клиники Москвы и Санкт-Петербурга более высокого сервисного уровня, так называемые «ВИП и Бизнес», что закономерно.



В столице и региональных центрах разрыв цен в клиниках разных сегментов выше, чем в целом по России.



Франшиза позволяет добавить гибкости предложения как в части сервиса, так и цены. Так как повышение доступности ЛПУ более высокой сервисной категории в этих регионах, как правило, требует значительного роста бюджета на ДМС



При этом включение франшизы на все коммерческие клиники и предоставление доступа без доплаты **только** в государственные учреждения чаще всего формирует **негативное отношение к бенефиту**, снижая его ценность.

Дорожная карта внедрения франшизы на ЛПУ

1 Базовый пункт – привлечите профессионального консультанта – страхового брокера

2 Запросите детальную аналитику по доле выплат и обращениям в клиники

3 Обсудите со страховым партнером прогнозы для разных вариантов (*расширение VS сдерживание*):

- % франшизы
- фиксированная сумма и перечень клиник с точки зрения решения вашей задачи

4 Проанализируйте потребности ваших сотрудников с точки зрения медицинской инфраструктуры

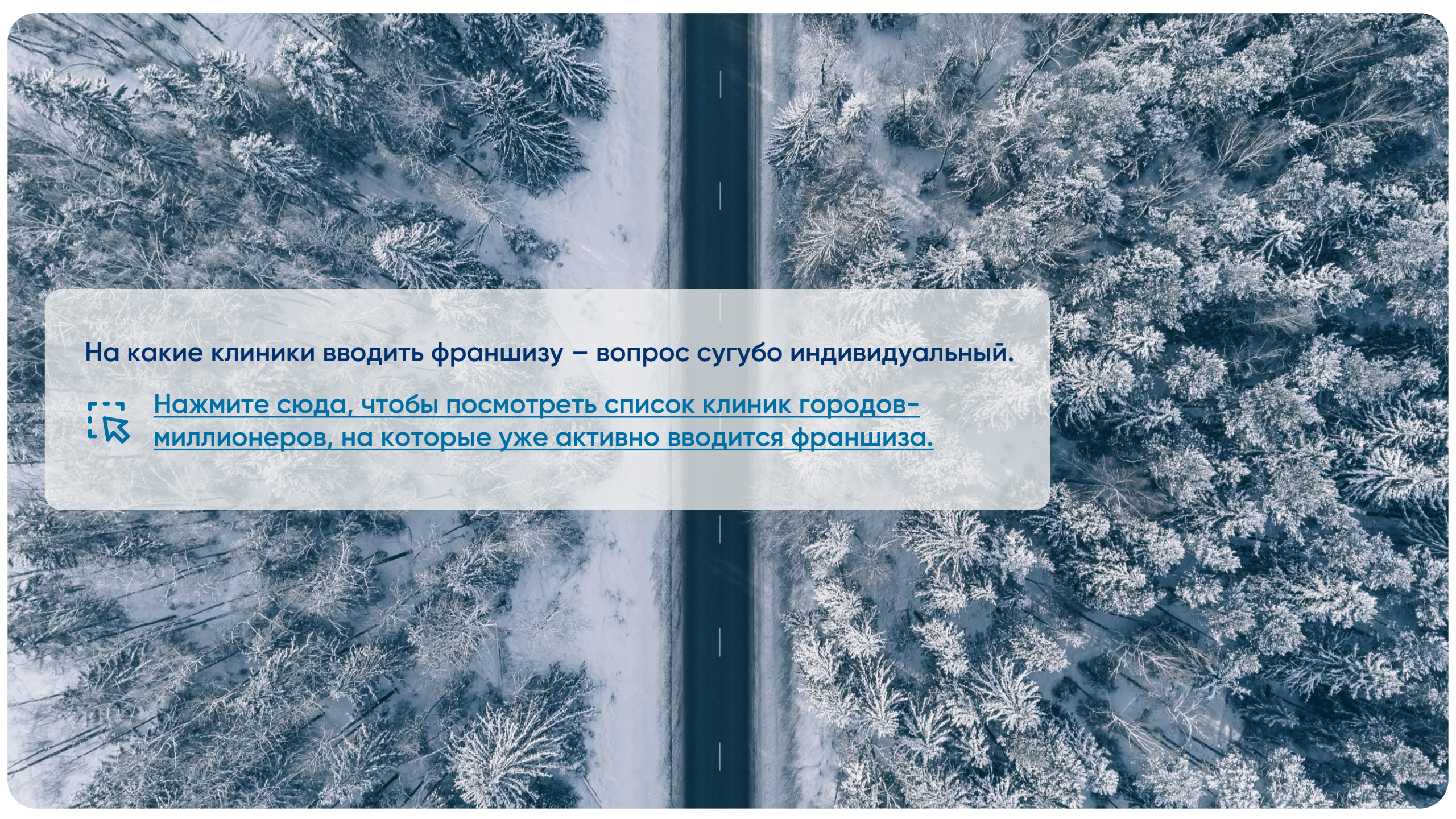
5 После того как решение принято, проведите кампанию по информированию об изменениях в программе

6 Оценивайте результат в динамике – аналитика по обращениям, в том числе в клиники с франшизой, обратная связь от застрахованных

7 Результат у каждого будет свой, но гарантированный будет при привлечении брокера *см. Базовый пункт

Мы часто сталкиваемся с негативом не столько на франшизу, сколько на то, что для застрахованного это становится сюрпризом при обращении в ЛПУ.

Открытая и прозрачная коммуникация и грамотное позиционирование – первый и важный шаг на пути к успеху.

An aerial photograph of a winter forest. A dark, straight road or path runs vertically through the center of the image. On either side of the road, there are numerous evergreen trees heavily covered in white snow. The ground is also covered in a layer of snow, with some bare branches visible. The overall color palette is dominated by white, grey, and dark green/blue.

На какие клиники вводить франшизу – вопрос сугубо индивидуальный.



Нажмите сюда, чтобы посмотреть список клиник городов-миллионеров, на которые уже активно вводится франшиза.

Клиники как инициаторы введения франшизы и дополнительного соплатежа

На рынке появляются прецеденты, когда **условие по франшизе и дополнительной оплате услуг диктует сама клиника**.

В этой ситуации страховщик действует в пределах договороспособности этой клиники, защищая интересы клиента.

Если клиника для сохранения уровня сервиса является ключевой для сотрудников, и работодатель считает оправданным эту вмененную клиникой франшизу, то главным аспектом является – **прозрачность коммуникации** с конечным пользователем, то есть застрахованным, о правилах игры.



Динамический прейскурант

– новое явление на рынке медицинских услуг, при котором стоимость услуги, например, консультации специалиста, **меняется в зависимости от ее востребованности** или пациентопотока. Этот момент добавляет неожиданности с точки зрения финальных затрат со стороны застрахованного, когда стоимость выше согласованного со страховой компании прейскуранта ложится на плечи застрахованного, причем франшиза при ее наличии тоже не отменяется.

Как управлять рисками ценовых качелей?

Метаморфозы ценообразования, как правило, могут способствовать негативному пользовательскому опыту у сотрудника и, как следствие, сомнениям в части продукта ДМС у держателя процесса со стороны HR.

Как можно этот риск минимизировать? Первое, что приходит в голову –



коммуникация, коммуникация и еще раз коммуникация со страховщиком, с клиникой, с застрахованными

Но есть решение более продуктивное:

1

на этапе тендера **запрашивать стоимость с разными условиями обращения** в такие клиники (без доплат со стороны застрахованного, с доплатой – фиксированный процент франшизы, плавающие условия по уровню доплаты)

2

фиксировать финальное решение в договоре без возможности в течение контракта менять условия по доступности в клинику для застрахованного

Выводы. Часть 1

- 1 Уровень развития медицинской инфраструктуры в регионе во многом определяет варианты реализации сервисов по ДМС: программы со всем спектром блоков помощи по ДМС, включая помощь на дому и коммерческий стационар, или сокращенный объем с фокусом на цифровые инструменты.
- 2 Рост спроса на ДМС в регионах продиктован обострением борьбы за кадры. Привычка пользоваться ДМС в нестоличных регионах ещё формируется.
- 3 В городах-миллионерах среди востребованных клиник доля частного сектора в АПП составляет 82%, в стоматологии – 85%.
- 4 Столичный статус клиник определяет значительную, почти двукратную разницу цен на медицинские услуги по сравнению с регионами.

Выводы. Часть 2

- 5 Высокая конкуренция за клиента и выравнивание клиентских ожиданий по сервису в ДМС между столицей и регионами определяют гибкость страховщика в обеспечение доступности той или иной клиник по запросу клиента
- 6 Паттерн посещения клиник по договору ДМС является одним из ключевых факторов тарификации в ДМС. Франшиза на клиники является рабочим инструментом управления пользовательским опытом и бюджетными ожиданиями.
- 7 Средний размер франшизы на клиники в ДМС - 15%. При этом чаще всего франшизу вводят на клиники высокого сервисного уровня Москвы и Санкт-Петербурга.



АО «Страховой Брокер «Ремайнд»
Россия, Москва, Цветной бульвар, д.2, пом. Н1
www.remind.ru | info@remind.ru

ОГРН 1027700012933 / ИНН 7714106679
Лицензия страхового брокера СБ № 4036

Содержание документа основано на достоверной, на наш взгляд, информации. АО «Страховой Брокер «Ремайнд» не предоставляет никаких гарантий в отношении достоверности данной информации и не несет ответственности за обновление или актуальность информации. Настоящий документ может содержать конфиденциальную информацию АО «Страховой Брокер «Ремайнд», которая не может быть раскрыта третьим лицам без предварительного письменного согласия АО «Страховой Брокер «Ремайнд». Любые заявления, касающиеся налоговых, бухгалтерских или юридических вопросов, основываются исключительно на нашем опыте и на них нельзя полагаться как на бухгалтерскую, налоговую или юридическую консультацию. Все предоставляемые данные подвержены изменениям, которые способны повлиять на предоставляемый нами анализ, если базовая информация является неточной. АО «Страховой Брокер «Ремайнд» не предоставляет никаких заверений или гарантий относительно применения условий полисов или финансовых условий, а также состоятельности страховых (перестраховочных) компаний. Мы не предоставляем никаких гарантий в отношении наличия, стоимости или условий страхового покрытия.