

Ключевой информационный документ об условиях договора добровольного медицинского страхования по страховому продукту «Антиклещ»



Подготовлен на основании Правил добровольного медицинского страхования, утвержденных Приказом Генерального директора ПАО «Группа Ренессанс Страхование» № 026 от 10 марта 2022г. (далее – Правила). Правила размещены на официальном сайте по ссылке: http://www.renins.ru/Media/Default/doc/rules_new/103.pdf

Страховщик: ПАО «Группа Ренессанс Страхование», адрес : 121614, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Крылатское, ул. Крылатская, д. 17, к. 1, телефон: +7 495 725 10 50, сайт: <http://www.renins.ru>

Раздел I. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?

В рамках договора добровольного медицинского страхования застрахованы следующие риски: «Амбулаторно-поликлиническая помощь, в том числе оказываемая в дистанционном формате (телемедицина)», «Экстренная стационарная помощь», «Реабилитационно-восстановительное лечение»

Раздел II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

Не являются страховыми случаями и не подлежат возмещению события, связанные с:

- получением медицинских и иных услуг:
 - о не предусмотренных договором страхования и Программой страхования;
 - о полученных в медицинских организациях, не согласованных Страховщиком;
 - о не назначенных лечащим врачом либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания;
 - о по окончании срока действия договора страхования, за исключением услуг, связанных с экстренной медицинской помощью в стационарных условиях Застрахованному, начавшейся в течение срока действия договора страхования, но не более чем за 15 (пятнадцать) календарных дней после окончания срока действия договора страхования, если иной срок не был согласован Страховщиком.
- лечением повреждений или иных расстройств здоровья, полученных в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- совершением (попыткой совершения) Застрахованным лицом уголовного преступления, находящегося в прямой причинной связи с событием, имеющим признаки страхового случая;
- введением иммуноглобулинов против клещевого энцефалита чаще, чем один раз в месяц;
- лечением заболеваний клещевым энцефалитом у лиц, не прошедших экстренную иммунизацию противоклещевым иммуноглобулином в течение 72 часов с момента укуса клещом или добровольно отказавшихся (подтверждено распиской) от введения иммуноглобулина в соответствии с инструкцией к препарату;
- определением иммунного статуса (клеточный и гуморальный иммунитет), интерферонового статуса;
- компенсацией расходов Застрахованного лица на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения.

Полный перечень исключений из страхового покрытия указан в п. 4.3 Правил Страхования.

Раздел III. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

Договор страхования действует на территории: Российская Федерация

Раздел IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

Позвонить по номеру круглосуточного медицинского Пульта, указанного в программе страхования, сообщить запрашиваемую информацию, следовать рекомендациям сотрудников медицинского Пульта.

Заявление об осуществлении страховой выплаты (страхового возмещения) подается в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента оплаты медицинской помощи.

Для получения страховой выплаты (страхового возмещения) требуется представить документы, указанные в пункте 7.1 Правил.

Заявление на получение страхового возмещения следует направить по адресу электронной почты: medexpert@renins.com, с приложением скан-копий документов, указанных в пункте 7.1 Правил.

Страховая выплата (страховое возмещение) осуществляется в течение 10 (десять) рабочих дней.

Раздел V. КАК ВЕРНУТЬ СТРАХОВУЮ ПРЕМИЮ?

Основания для возврата страховой премии

Сумма возврата страховой премии

Отказ от договора добровольного страхования в течение 14 календарных дней со дня его заключения в соответствии с Указанием Банка России от 20 ноября 2015 года № 3854-У "О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования"	100% от страховой премии - при отказе от договора добровольного страхования до даты начала действия страхования; 100% от страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, - при отказе от договора добровольного страхования после даты начала действия страхования
Отказ от договора добровольного страхования в случае ненадлежащего информирования об условиях страхования	100% от страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование
Отказ от договора добровольного страхования по истечении 14 календарных дней со дня его заключения	100% от страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, за вычетом расходов Страховщика на ведение дел в размере 20 % от оплаченной страховой премии за текущий год страхования, при условии отсутствия в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

В иных случаях страховая премия возврату не подлежит.

Возврат страховой премии осуществляется в течение 7 (семи) рабочих дней со дня получения соответствующего заявления.

Раздел VI. КАК УРЕГУЛИРОВАТЬ СПОР ДО СУДА?

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

Настоящий Полис удостоверяет факт заключения договора страхования между Страхователем и Публичным акционерным обществом «Группа Ренессанс Страхование» (далее – Страховщик) на условиях, содержащихся в тексте настоящего Полиса и его Приложениях, являющихся неотъемлемой частью настоящего Полиса (Условия добровольного медицинского страхования (далее – Условия страхования), Программа добровольного медицинского страхования (далее – Программа страхования)). Полис заключен на основании письменного заявления Страхователя, путем вручения Страховщиком настоящего Полиса, подписанного Страховщиком.

Страховщик ПАО «Группа Ренессанс Страхование», 121614, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Крылатское, ул. Крылатская, д. 17, к. 1, тел.: 8 (800) 333-70-69; бессрочная лицензия ЦБ РФ СЛ № 1284

Страхователь ООО "ЕТОПР РАН" ИНН 6660036572 ОГРН 1036605609985
Адрес регистрации Россия, Свердловская обл, Екатеринбург, Первомайская, д.91, оф.оф. 229
Телефон / эл.почта +7 343 3623208 / savsu57@mail.ru

Застрахованные Согласно приложению «Список Застрахованных лиц»

Территория страхования Российская Федерация

Страховой случай Обращение Застрахованного лица в течение периода страхования в медицинскую организацию в целях получения медицинских услуг в очном и (или) дистанционном формате (телемедицина) при таком состоянии здоровья, которое требует получения медицинских и (или) иных услуг по причине укуса Застрахованного лица клещом, в соответствии с настоящим Договором страхования и Программой страхования, и повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату данных медицинских и (или) иных услуг.

Виды помощи	Индивид. страх. сумма, руб.	Страх. премия, руб.
Амбулаторно-поликлиническая помощь, в том числе оказываемая в дистанционном формате (телемедицина)	1 000 000.00	Согласно приложению «Список Застрахованных лиц»
Экстренная стационарная помощь		
Реабилитационно-восстановительное лечение		

Страховой тариф рассчитывается, как отношение страховой премии по застрахованному риску к страховой сумме по этому риску

Общая страховая премия: 14 250.00 руб. Уплачивается единовременно в день заключения договора. В случае неуплаты Страхователем страховой премии в размере и сроки, установленные Полисом, договор страхования считается не вступившим в силу, Стороны не несут по нему обязательств, а действие срока страхования не начинается.

Принимая настоящий Полис и оплачивая страховую премию, Страхователь:

- подтверждает, до заключения Полиса ознакомлен с информацией о договоре добровольного страхования по форме ключевого информационного документа, все положения ключевого информационного документа были ему разъяснены и полностью понятны; экземпляр ключевого информационного документа получил;
- подтверждает свое согласие на заключение договора страхования на условиях, содержащихся в настоящем Полисе, Условиях страхования и Программе страхования, а также подтверждает, что условия настоящего Полиса, Условия страхования и Программы страхования ему понятны и он обязуется их исполнять;
- подтверждает, что с Правилами добровольного медицинского страхования, утвержденными Приказом № 079 от 10.06.2019 (далее – Правила страхования) ознакомлен, согласен и обязуется их выполнять, правила страхования получил на официальном сайте Страховщика www.renins.ru, где правила страхования размещены в свободном доступе для просмотра и копирования.
- выражает Страховщику согласие, а также подтверждает получение согласия от Застрахованных лиц на обработку персональных данных, содержащихся в настоящем Полисе, в объеме и на условиях, предусмотренных п. 11.1 – 11.5 Правил страхования, кроме того, Страхователь соглашается на передачу указанных данных иным лицам, осуществляющим обработку персональных данных по поручению Страховщика, с которыми у Страховщика заключено Соглашение о конфиденциальности, в частности, но не ограничиваясь: ООО «МЕДКОРП», ИНН 7706181640; ПАО «Ренессанс Здоровье», ИНН 7710601270; ООО «ИнРос-Мед», ИНН 6316179588;
- подтверждает, что Застрахованные лица не являются иностранными публичными должностными лицами, должностными лицами публичных международных организаций, а также лицами, замещающими (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации, а так же в соответствии с Федеральным Законом РФ «О персональных данных» №152-ФЗ от 27.07.2006 и Федеральным Законом РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» №323-ФЗ от 21.11.2011. В ином случае Страхователь обязуется предоставить

- документы, подтверждающие должность, наименование и адрес работодателя, степень родства либо статус (супруг или супруга).
 - обязуется получать от каждого Застрахованного лица Согласие на обработку сведений, составляющих врачебную тайну, и обработку Страховщиком их персональных данных по форме, установленной Приложением №4 к настоящему Полису, а также предоставлять Страховщику заверенные копии Согласий в течение 3 (трех) рабочих дней с момента запроса;
 - подтверждает, что им получены настоящий Полис, Условия страхования, Программа страхования;
 - подтверждает, что все сведения, указанные в настоящем Полисе, являются полными и достоверными;
 - подтверждает, что в полном объеме получил информацию, предусмотренную пунктом 2.1.2. Базового стандарта защиты прав и интересов физических и юридических лиц - получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации и иностранные страховые организации, утв. Банком России, Протокол от 03.08.23 № КФНП-26;
 - выражает согласие осуществлять взаимодействие со Страховщиком путем обращения в офисы Страховщика, посредством почтовой и телефонной связи, а также иными способами в случаях, специально предусмотренных Правилами страхования;
 - выражает согласие получать сообщения и уведомления от Страховщика, в том числе в электронной форме, по адресам, телефонам, указанным в настоящем Полисе.
- Информация об адресах офисов Страховщика, в которых осуществляется прием документов при наступлении страховых случаев и иных обращениях, а также о случаях и порядке приема документов в электронной форме, размещена на официальном сайте Страховщика и может быть получена при обращении по телефонам Страховщика, указанным в настоящем Полисе.
- Стороны пришли к соглашению об использовании Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи уполномоченного представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования, электронно-цифровой подписи либо иного аналога собственноручной подписи.
- Настоящим Договором страхования не предусмотрена замена одних Застрахованных лиц на другие.
- В случае досрочного прекращения (расторжения) Договора в отношении какого-либо Застрахованного, возврат страховой премии не производится.

Приложения: Приложение №1 – Условия добровольного медицинского страхования по Программе «Антиклещ»
Приложение №2 – Программа добровольного медицинского страхования « Антиклещ»
Приложение №3 – Список Застрахованных лиц
Приложение №4 – Согласие субъекта персональных данных на обработку своих персональных данных, в том числе сведений, составляющих врачебную тайну
Приложение №5 – Заявление о добровольном медицинском страховании

Подпись Страховщика: Управляющий Директор департамента личных видов страхования
Галаничева Юлия Владимировна
доверенность №2022/230 от 13.07.2022

