

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», 115114, город Москва, Дербеневская наб., д.11, этаж 10, пом. 12, тел.: 8 (800) 333-70-69; бессрочная лицензия ЦБ РФ СЛ № 1284

Страхователь **ОО «ЕТОПР РАН»** ИНН 6660036572 ОГРН 1036605609985
Адрес регистрации 620049, Россия, Свердловская обл, Екатеринбург, Первомайская, д.91, 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) Экстренная стационарная помощь Реабилитационно-восстановительное лечение	1 000 000.00	Согласно приложению «Список Застрахованных лиц»

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

Общая страховая премия: 13 770.00 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 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; АО «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, утв. Решением КФН ЦБ РФ, Протокол от 09.08.18 № КФНП-24;
- 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 обращений, 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 страхования, 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

