

СТРАХОВАНИЕ

Настоящий Полис удостоверяет факт заключения договора страхования между Страхователем и АО «Группа Ренессанс Страхование» (далее – Страховщик). Договор страхования заключен на основании устного заявления Страхователя, на условиях, изложенных в Правилах добровольного медицинского страхования (редакция 7.0) (далее – Правила страхования), утвержденных Приказом №001 Генерального директора от 12.09.2018, и Программе добровольного медицинского страхования «Персональная забота» (далее – Программа страхования), являющихся неотъемлемой частью настоящего Полиса (договора страхования).

АО «Группа Ренессанс Страхование», 115114, Москва, Дербеневская наб., д. 7, стр. 22, этаж/пом.4/ХIII, тел.: 8 (800) 333-70-69; Лицензия Банка России СЛ №1284 от 14.10.2015 бессрочная

Страховщик

Страхователь	Фамилия, имя, отчество	Выберите элемент.	Дата рождения
Гражданство	Россия		
Паспорт РФ	Серия и номер, кем и когда выдан		
Адрес места жительства (регистрации)	Город, улица, номер дома, номер квартиры		
Телефон / эл. почта	Телефон	Электронная почта	
Застрахованный	Фамилия, имя, отчество	Выберите элемент.	Дата рождения
Гражданство	Россия		
Паспорт РФ	Серия и номер, кем и когда выдан		
Адрес места жительства (регистрации)	Город, улица, номер дома, номер квартиры		
Телефон / эл. почта	Телефон	Электронная почта	

Страховой случай

Обращение Застрахованного лица в течение периода страхования в медицинскую организацию из числа предусмотренных Договором страхования по поводу острого или обострения хронических заболеваний, травм, отравлений, требующих получения медицинских или иных услуг, предусмотренных Договором страхования и Программой страхования, и повлекших возникновение обязательств Страховщика произвести оплату данных медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному.

Виды помощи	Страховая сумма, руб.	Страховая премия, руб.
Амбулаторно-поликлиническая помощь	—	—
Стоматологическая помощь	—	—
Экстренная стационарная помощь и Скорая и неотложная медицинская помощь	—	—

руб. 00 копеек

Порядок уплаты:

Единовременно в день заключения договора

Общая страховая премия:

Безусловная франшиза:

%, применяется к услугам, относящимся к Амбулаторно-поликлинической помощи

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

Принимая от Страховщика (представителя Страховщика) настоящий Полис и уплачивая страховую премию, Страхователь:

- подтверждает свое согласие на заключение договора страхования на условиях, содержащихся в настоящем Полисе, Правилах страхования и Программе страхования, а также подтверждает, что условия настоящего Полиса, Правил страхования и Программы страхования ему понятны и он обязуется их исполнять;
- подтверждает, что не является носителем заболеваний, перечисленных в Исключениях из страхового покрытия Программы страхования;
- подтверждает, что не является иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций, а также лицом, замещающим (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;
- выражает Страховщику согласие на обработку своих персональных данных, сведений, составляющих врачебную тайну в целях исполнения настоящего Полиса (договора страхования);
- подтверждает, что все сведения, указанные в настоящем Полисе, являются полными и достоверными.

При наличии противоречий между условиями настоящего Полиса, Программы и Правил страхования, преимущественную силу имеют условия настоящего Полиса. При наличии противоречий между Программой и Правилами страхования, преимущественную силу имеют условия Программы.

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.

При отказе Страхователя от Полиса до даты начала срока страхования Страховщик возвращает Страхователю премию в полном объеме. При отказе Страхователя от Полиса в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения, но после даты начала срока страхования, Страховщик возвращает Страхователю часть оплаченной страховой премии, рассчитанной пропорционально сроку действия страхования. Возврат уплаченной страховой премии осуществляется Страхователю при отсутствии в период страхования событий с признаками страхового случая. Полис прекращает свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Полиса. В случае прекращения Полиса по основаниям, указанным в настоящем пункте, денежные средства возвращаются Страхователю в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком заявления об отказе от Полиса.

Приложения: Приложение №1 – Правила добровольного медицинского страхования
Приложение №2 – Программа добровольного медицинского страхования «»

Подпись Страховщика:

Управляющий директор, Харина Н.В.,
Доверенность №2018/1290 от 27.09.2018

