

Полис страхования от несчастных случаев № «» _____ 0000 от

Настоящий Полис удостоверяет факт заключения договора страхования с ПАО «Группа Ренессанс Страхование» (далее – Страховщик). Полис заключается на основании устного заявления Страхователя, путем вручения Страховщиком настоящего Полиса, подписанного Страховщиком. Настоящий Полис заключен на условиях, изложенных в Правилах добровольного страхования от несчастных случаев и болезней №1.1, утвержденных Приказом № 084 от «19» июня.2019 г., (далее – «Правила страхования»), являющихся неотъемлемой частью настоящего Полиса.

Договор страхования заключается путем акцепта Страхователем настоящего Полиса (оферты), подписанного Страховщиком, выданного Страхователю Страховщиком. На основании ст. 435, 438 и п. 2 ст. 940 ГК РФ акцептом настоящего Полиса (оферты) считается уплата страховой премии в соответствии с условиями, содержащимися в Полисе. В случае расхождения положений настоящего Полиса с положениями Правил страхования применяются положения Полиса.

Страховщик: ПАО «Группа Ренессанс Страхование» Лицензии СЛ №1284, СИ №1284, выданные ЦБ РФ без ограничения срока действия, 121614, г. Москва, ул. Крылатская, дом 17, корп. 1, тел: 8-800-333-88-00, ОГРН 1187746794366, ИНН 7725497022, www.renins.ru, Электронная почта info@renins.com	
Страхователь/ Застрахованный	Иванов Иван Иванович, 01.01.1970 г.
Гражданство	РФ
Телефон/ Электронная почта	телефон: 7(000) 000-00-00, email: _____
Адрес жительства (регистрации)	000000, Область, район, населенный пункт, улица, д., кв
Документ, удостоверяющий личность	Паспорт гражданина РФ 0000 000000 выдан 01.01.2000 Отделением УФМС России по г. _____.
Территория страхования	Весь мир за исключением зон военных действий/конфликтов
Срок страхования	с 00:00 01.01.2024 г. по 23:59 31.01.2024 г.
Страховая премия в рублях	970,00
Порядок уплаты страховой премии	Страховая премия оплачивается единовременно до 03.01.2024 г. При неуплате премии в сроки, указанные в Полисе, Полис считается не вступившим в силу.
Выгодоприобретатель	По риску Смерть – наследники Застрахованного, по риску Инвалидность - Застрахованный

ОПИСАНИЕ ПРОГРАММ СТРАХОВАНИЯ:

Вид страхования	Застрахованный риск	Страховая сумма, рублей
страхование от несчастных случаев	Смерть в результате несчастного случая или болезни	100 000,00
	Инвалидность в результате несчастного случая или болезни	
Условия выплаты	по риску «Смерть в результате несчастного случая или болезни» – при смерти в результате болезни, впервые диагностированной в течение срока страхования или несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования 100% страховой суммы .	
	по риску «Инвалидность в результате несчастного случая или болезни» – при установлении инвалидности I группы в результате болезни, впервые диагностированной в течение срока страхования или несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования– 100% страховой суммы.	
Особые условия		
1. Смерть и инвалидность Застрахованного, предусмотренные риском «Смерть в результате несчастного случая или болезни» и «Инвалидность в результате несчастного случая или болезни» настоящего Полиса, явившиеся следствием несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, или болезни, диагностированной в течение срока страхования, также признаются страховыми случаями, если они произошли в течение 1 (одного) года со дня наступления несчастного случая или диагностирования болезни.		
2. Страховой тариф рассчитывается как отношение страховой премии к страховой сумме.		
3. Страхователь имеет право в любое время отказаться от настоящего Полиса.		
3.1. При отказе Страхователя от настоящего Полиса до даты начала срока страхования (срока действия Полиса) или в течение 30 (тридцати) календарных дней включительно (если иной срок не установлен органом страхового надзора) со дня его заключения, страховая премия подлежит возврату Страхователю в полном объеме, при условии отсутствия в период страхования событий, имеющих признаки страхового случая. При этом Полис прекращается с даты начала срока страхования;		
3.2. Возврат страховой премии осуществляется Страховщиком по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в течение 7 (семи) рабочих дней с даты получения Страховщиком письменного Заявления (уведомления) об отказе от Договора страхования.		
3.3. При отказе Страхователя от настоящего Полиса по истечении 30 (тридцати) календарных дней (если иной срок не установлен органом страхового надзора) со дня его заключения, страховая премия возврату не подлежит		
3.4. В случае непредоставления Страховщиком/представителем Страховщика до заключения настоящего Полиса информации о договоре добровольного страхования по форме ключевого информационного документа (предоставления неполной или недостоверной информации), Страхователь вправе отказаться от Полиса и получить часть оплаченной страховой премии пропорционально сроку действия страхования при условии отсутствия в период страхования событий,		

имеющих признаки страхового случая. Возврат страховой премии осуществляется Страховщиком по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в течение 7 (семи) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления об отказе от Полиса. Договор страхования считается прекратившим свое действие со дня получения Страховщиком (его представителем) письменного заявления Страхователя об отказе.

4. Настоящий Полис не заключается Страхователем в целях обеспечения исполнения обязательств по договору потребительского кредита (займа). Заключение настоящего Полиса не влияет на условия договора потребительского кредита (займа), а также не влияет на решение кредитной организации о предоставлении кредита (займа) или об отказе в предоставлении потребительского кредита (займа).

5. Форма, порядок и срок осуществления страховой выплаты предусмотрены в разделах 10-11 Правил страхования.

6. Информация об адресах офисов Страховщика, в которых осуществляется прием документов при наступлении страховых случаев и иных обращения, 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

Оплачивая страховую премию, Страхователь/ Застрахованный:

- подтверждает, что не является лицом моложе 18 лет или старше 64 лет на дату начала срока страхования;
- подтверждает, что является гражданином Российской Федерации; не является инвалидом I или II группы, не относится в категории «ребенок-инвалид», не имеет направления на прохождение государственной медико-социальной экспертизы; не проходит службу в вооруженных силах; не находится в местах лишения свободы; в течение последних 2 (двух) лет не находился на больничном листе или на стационарном лечении более 2 (двух) недель подряд; не имеет на дату заключения настоящего Полиса следующих заболеваний и (или) связанных с ним состояний: ВИЧ и СПИД и болезни, связанные с данными заболеваниями, алкоголизм, наркомания, болезни нервной системы (паралич, эпилепсия, временная потеря сознания, судорожные припадки), не страдает доброкачественной или злокачественной опухолью мозга, болезнями костной ткани (остеопороз, остеомиелит, доброкачественная или злокачественная опухоль костей, в том числе метастазы других опухолей в кости), близорукость более 7 (семи) диоптрий; не состоит на учете в наркологическом, психоневрологическом диспансере; не является беременной (утверждение для женщин);
- подтверждает, что профессиональная деятельность Застрахованного не связана с работой на высоте свыше 5 метров, работой в море, работой под водой, работой в нефтяной или газовой промышленности, работой под землей, например в шахтах, работой со взрывчатыми, опасными химическими веществами или составами, работой в правоохранительных органах, работой в качестве охранника или сотрудника безопасности, другой работой, связанной с повышенным риском и (или) повышенными источниками опасности; подтверждает, что не использует транспортного средства категории «А», «М» с рабочим объемом двигателя более 50 куб. см в качестве средства передвижения;

• выражает согласие на ознакомление Страховщика с любой медицинской документацией, связанной с состоянием здоровья Застрахованного для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования, иных услуг и защитой прав, а также согласие на право медицинских учреждений, в которых Застрахованный получил (получает) медицинские и иные услуги, передавать Страховщику сведения, составляющие врачебную тайну, включающие в себя: информацию о факте обращения Застрахованного за медицинской помощью, состоянии здоровья Застрахованного, диагнозе заболеваний Застрахованного и иные сведения, полученные при обследовании и лечении Застрахованного после наступления заявленного Страховщику несчастного случая;

• подтверждает, что Застрахованный не является иностранным гражданином, иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ) или его родственником. В ином случае Страхователь обязуется предоставить документы, подтверждающие должность, наименование и адрес работодателя/степень родства/статус (супруг или супруга);

• подтверждает, что не имеет регистрации, места жительства/местонахождения, счета в банке в государстве (на территории), которое(-ая) не выполняет рекомендации ФАТФ;

• подтверждает, что поставлен в известность, понимаем и согласен с тем, что если после заключения настоящего Полиса будет установлено, что Страхователь ввел Страховщика в заблуждение либо сообщил при заключении настоящего Полиса заведомо ложные сведения, то Страховщик вправе потребовать признания настоящего Полиса недействительным в соответствии с законодательством РФ;

• подтверждает достоверность вышеприведенной информации и обязуется при изменении любых сведений, указанных в настоящем Полисе, сообщить Страховщику о таких изменениях в письменной форме в течение 7 рабочих дней. Сведения, представленные Страхователем при заключении настоящего Полиса, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении;

• Выражает свое согласие ПАО «Группа Ренессанс Страхование» (Россия, 121614, г. Москва, ул. Крылатская, дом 17, корп. 1 (далее по тексту - Оператор)) на обработку персональных данных физических лиц, содержащихся в настоящем Полисе и в иных документах, передаваемых Страховщику в целях: 1) исполнения обязательств по данному Полису; 2) продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов с помощью средств связи; 3) уточнения (обновления, изменения) неполных или неточных персональных данных посредством получения Страховщиком таких данных из общедоступных источников, включая, но не ограничиваясь, поисковых систем, социальных сетей, операторов связи; 4) поручения обработки своих персональных данных третьим лицам в целях осуществления прав и исполнения обязательств Страховщика перед такими лицами в рамках заключенных с ними договоров; Настоящее согласие предоставляется на срок Полиса и в течение 5 (пяти) лет после окончания срока действия Полиса. Страхователь несет ответственность за предоставление согласия на обработку персональных данных Выгодоприобретателей, указанных в Полисе.

Под обработкой персональных данных понимается сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение и любые другие действия (операции) с персональными данными, осуществляемые Страховщиком. Под персональными данными в рамках данного документа понимаются: фамилия, имя, отчество, дата рождения (год, месяц, число), паспортные данные, адрес проживания (регистрации по паспорту), номера контактных телефонов, сведения о застрахованном имуществе, страховая премия, условия и обстоятельства наступления возможных страховых случаев. Страхователь уведомлен, что имеет право отозвать данное согласие на обработку своих персональных данных. В этом случае ПАО «Группа Ренессанс Страхование» обязано прекратить обработку персональных данных в срок, не превышающий 30 дней с даты поступления заявления, за исключением случаев, когда Оператору надлежит обрабатывать персональные данные без согласия субъекта персональных данных по основаниям, предусмотренным Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»;

• подтверждает, что ознакомлен и согласен с текстом настоящего Полиса и Правил страхования, обязуется их выполнять, текст Правил страхования получил. Вручением Правил страхования считается ознакомление с ними на официальном сайте Страховщика по ссылке <https://renins.ru/kid?rul-1> По требованию Страхователя Страховщик обязан выдать ему Правила страхования на бумажном носителе.

- подтверждает, что до заключения Полиса ознакомлен с информацией о договоре добровольного страхования в виде ключевого информационного документа по форме, утверждённой органом страхового надзора, все положения ключевого информационного документа были ему разъяснены и полностью понятны; экземпляр ключевого информационного документа получил;
- 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, действующего на дату заключения настоящего Полиса.
- 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.
- подтверждает, что Полис не заключается Страхователем в целях обеспечения исполнения обязательств по договору потребительского кредита (займа) с какой-либо кредитной организацией. Проинформирован, что заключение настоящего Полиса не влияет на условия договора потребительского кредита (займа), а также не влияет на решение кредитной организации о предоставлении кредита (займа) или об отказе в предоставлении потребительского кредита (займа).
- выражает согласие получать сообщения и уведомления, в том числе рекламу, от Страховщика, в том числе в электронной форме, по адресам, телефонам, указанным в настоящем Полисе.

Страхователь несет ответственность за полноту и достоверность сведений, указанных в настоящем Полисе.

Стороны пришли к соглашению об использовании Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи и оттиска печати с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Документы по страховым случаям можно направить почтой или предоставить их лично в нашем офисе. Офис обслуживания клиентов в вашем городе и время работы можно посмотреть на сайте www.genins.ru или узнать информацию по телефону: 8 (495) 740-04-04, 8 (800) 333-88-00. Адрес эл. почты по страховым случаям: NS-Claims@renins.com.

Приложения	№1 – Правила добровольного страхования от несчастных случаев и болезней №1.1, утвержденные Приказом № 084 от 19.06.2019 г.	
Подпись Страховщика	Печать и подпись	Искра Артем Евгеньевич
		Управляющий директор Департамента андеррайтинга розничного страхования Доверенность № 2023/688 от 22.09.2023 г.