



Настоящий Полис удостоверяет факт заключения договора страхования от несчастных случаев на основании Правил добровольного страхования от несчастных случаев и болезней №1.1. утвержденных приказом Генерального директора ПАО «Группа Ренессанс Страхование» № 084 от «19» июня 2019 г., далее – «Правила страхования» (Приложение № 1 к настоящему Полису). Подписывая настоящий Полис, Страхователь подтверждает, что получил Правила страхования и Таблицу размеров страховых выплат при телесных повреждениях Застрахованных лиц из 94 пунктов, далее – «Таблица выплат» (Приложение № 2 к настоящему Полису), ознакомлен с ними, понял их условия, с которыми согласен и обязуется выполнять. Дополнительно с Правилами страхования можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика. Объект страхования – имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с причинением вреда его здоровью, а также смертью в результате несчастного случая или болезни.

1. Страховщик: ПАО «Группа Ренессанс Страхование», бессрочная лицензия ЦБ РФ СЛ №1284, СИ №1284
Адрес: 115114, г. Москва, Дербеневская наб., д.11, этаж 10, пом. 12, тел.: 8-800-333-8-800, факс: 8 (495) 967-35-35

2. Страхователь:

ШУКИНА ОКСАНА РОБЕРТОВНА		Гражданство: Россия	Дата рождения: 03.02.1974	ИНН (при наличии):
Адрес регистрации (почтовый): г. Г. Москва, улица Авиамоторная, дом 15, квартира 3		Адрес места жительства (при отличии):		Телефон/факс: +79055681892
Паспорт РФ	серия 4519	номер 107070	кем и когда выдан 13.02.2019 ГУ МВД РОССИИ ПО Г. МОСКВЕ	Код подразделения

3. Застрахованный (в возрасте от 3 до 70 лет) указывается, если Застрахованным лицом является иное лицо, нежели Страхователь:

ШУКИНА ОКСАНА РОБЕРТОВНА		Гражданство:	Дата рождения: 03.02.1974	ИНН (при наличии):
Адрес регистрации (почтовый): г. Г. Москва, улица Авиамоторная, дом 15, квартира 3		Адрес места жительства (при отличии):		e-mail:
Паспорт	серия 4519	номер 107070	кем и когда выдан 13.02.2019 ГУ МВД РОССИИ ПО Г. МОСКВЕ	Код подразделения

4. Выгодоприобретатель (на случай смерти, в остальных случаях Выгодоприобретателем является непосредственно Застрахованный):

ФИО	Доля, %	Дата рождения	паспортные данные Выгодоприобретателя	подпись застрахованного
-----	---------	---------------	---------------------------------------	-------------------------

5. Страховые риски, страховая сумма, страховая премия. Размер страховых выплат*

<input checked="" type="checkbox"/>	Смерть в результате несчастного случая	100% от страховой суммы, за вычетом всех произведенных ранее выплат по настоящему Полису.
<input checked="" type="checkbox"/>	Инвалидность в результате несчастного случая	При установлении I группы инвалидности – 100% от страховой суммы; II группы инвалидности – 75% от страховой суммы; III группы инвалидности – 50% от страховой суммы. Из суммы страхового возмещения вычитаются произведенные ранее выплаты по страховым рискам «Телесные повреждения в результате несчастного случая», наступившим вследствие этого же несчастного случая
<input checked="" type="checkbox"/>	Телесные повреждения в результате несчастного случая	% от страховой суммы в соответствии с Таблицей размеров страховых выплат 94 п. (Приложение №2 к настоящему Полису)
Страховая сумма		50000
Страховая премия		85
		Пятьдесят тысяч рублей 00 копеек
		Восемьдесят пять рублей 00 копеек

* Перечень страховых рисков, размер страховой суммы, страховой премии по настоящему Полису указываются в соответствии с Правилами страхования по соглашению Сторон

<input checked="" type="checkbox"/> Страховое покрытие распространяется на события, произошедшие во время занятий следующими видами спорта (в том числе произошедших во время участия в соревнованиях и подготовку к ним): 1. спортивный туризм (велотуризм)			
Дополнительная страховая премия	170	Сто семьдесят рублей 00 копеек	<input checked="" type="checkbox"/> Рубли
Общая страховая премия	255	Двести пятьдесят пять рублей 00 копеек	<input checked="" type="checkbox"/> Рубли

Проставление знака «X» в соответствующих квадратах ячейки таблицы настоящего Полиса является подтверждением, что настоящий Полис заключен также на указанных в данных ячейках условиях страхования.

Страховая премия оплачивается одновременно в срок до «23» Мая 2022 г.

Общая сумма выплат по страховым случаям, произошедшим в течение срока действия настоящего Полиса, не может превышать размера страховой суммы. Выплата страхового возмещения производится в течение 14 (четырнадцать) банковских дней с момента получения Страховщиком всех необходимых и дополнительно затребованных документов наличными денежными средствами или безналичным переводом в рублях по курсу ЦБ РФ на дату выплаты.

6. Срок действия настоящего Полиса, территория покрытия.

Срок действия настоящего Полиса с 00 часов 00 минут «03» Июня 2022 г. по 23 часов 59 минут «14» Июня 2022 г. Страхование, обусловленное настоящим Полисом (срок страхования), распространяется на страховые случаи, происшедшие не ранее даты и времени оплаты страховой премии по настоящему Полису. Датой оплаты считается дата поступления страховой премии на расчетный счет или кассу Страховщика. В случае непоступления страховой премии в размере и сроки, указанные в п.5 настоящего Полиса, Полис считается не вступившим в силу и стороны не несут по нему обязательств.

Территория страхования: весь мир, за исключением зон военных конфликтов/действий.

7. Особые условия.

При отказе Страхователя от настоящего Полиса до начала срока страхования, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в полном объеме.

При отказе Страхователя от настоящего Полиса после начала срока страхования и в течение 14 календарных дней со дня заключения настоящего Полиса, Страхователь вправе получить часть оплаченной премии пропорционально сроку действия страхования, при условии отсутствия в период страхования событий, имеющих признаки страхового случая. Возврат страховой премии осуществляется по выбору Страхователя наличными денежными средствами или в безналичном порядке в течение 10 рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления об отказе от Полиса, при этом Полис прекращает свое действие с даты получения Страховщиком заявления Страхователя об отказе от Полиса.

При отказе Страхователя от настоящего Полиса после начала срока страхования и по истечении 14 календарных дней со дня заключения Полиса, премия возврату не подлежит.

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

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.

Я подтверждаю, что не являюсь инвалидом I или II группы, не отношусь к категории «ребенок-инвалид», не имею направления на прохождение государственной медико-социальной экспертизы (далее – МСЭ); не прохожу службу в вооруженных силах; не нахожусь в местах лишения свободы; не имею на дату заключения Договора страхования следующих заболеваний и (или) связанных с ним состояний: нервно-психические заболевания, заболевания нервной системы (слабоумие, эпилепсия, паралич, временная потеря сознания, судорожные припадки, другие тяжелые заболевания нервной системы); онкологические заболевания; туберкулез; кожно-венерологические заболевания; алкоголизм; наркомания; СПИД, ВИЧ-инфекция, болезни, связанные с данными заболеваниями, иными хроническими заболеваниями, требующими постоянных консультаций, лечения, обследований или наблюдения; я сейчас не беременна (утверждение для женщин); моя профессиональная деятельность не связана с работой с механизмами или ручными инструментами, перемещением тяжестей, на высоте свыше 15 м, работой в море, работой под водой, работой в нефтяной или газовой промышленности, работой под землей, например в шахтах, работой со взрывчатыми, опасными химическими и взрывчатыми 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; я не занимаюсь активным отдыхом, массовым и профессиональным спортом, сопряженным с повышенной опасностью для жизни и здоровья или другими увлечениями, связанными с повышенным риском, я не использую мотоциклы в качестве транспортного средства;

-я выражаю Страховщику согласие на обработку персональных данных физических лиц, содержащихся в настоящем Договоре и в иных документах, передаваемых Страховщику, для исполнения обязательств по данному Договору, в том числе в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов с помощью средств связи. Настоящее согласие действует в течение пяти лет с момента окончания срока действия Полиса или до момента отзыва согласия, переданного мной в офис Страховщика в соответствии с требованиями ФЗ №152 «О персональных данных»;

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

-я подтверждаю, что Страхователь /Представитель Страхователя/ Выгодоприобретатель не является иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций или их родственником, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность в РФ, должность члена Совета директоров ЦБ РФ, должность федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должность в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных в РФ на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом РФ. В ином случае я обязуюсь предоставить подтверждающие документы. Я подтверждаю, что Страхователь/Представитель Страхователя/Выгодоприобретатель не имеет регистрации, места жительства (нахождения), счета в банке в государстве (на территории), которое (ая) не выполняет рекомендации ФАТФ. Я обязуюсь при изменении любых сведений, предоставленных при заключении Договора, сообщить Страховщику о таких изменениях в письменной форме в течение 7 рабочих дней при условии, что сведения, представленные при заключении Договора, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении;

-я подтверждаю, что поставлен в известность, понимаю и согласен с тем, что если после заключения настоящего Полиса будет установлено, что Страхователь, либо, Застрахованный, ввел Страховщика в заблуждение, либо сообщил при заключении настоящего Полиса заведомо ложные сведения, то Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным в соответствии с законодательством РФ;

-я 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 от 08.18.2018 № КФНП-24;

-я выражаю 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;

-я выражаю согласие получать сообщения и уведомления от Страховщика, в том числе в электронной форме, по адресам, телефонам, указанным в настоящем Полисе.

Приложение №1	Приложение №1 Правила добровольного страхования от несчастных случаев и болезней №1.1 от «19» июня 2019 г.
Приложение №2	Приложение №2 Таблица размеров страховых выплат при телесных повреждениях из 94 пунктов

от Страховщика: **Искра А.Е.**
Управляющий директор
 Доверенность: 2020/1180 от 06.11.2020 г.
 М. П.

Страхователь:

Подпись _____ Ф.И.О /ЩУКИНА ОКСАНА РОБЕРТОВНА /