



Добровольное медицинское страхование «АНТИКЛЕЩ»

Полис № _____

Дата оформления _____

г. Москва

Настоящий Страховой полис удостоверяет факт заключения Договора добровольного медицинского страхования в форме страхового полиса (далее – "Договор", "Полис", "Полис-оферта") между АО «СК ГАЙДЕ» (далее Страховщик) и Страхователем, в соответствии с устным заявлением Страхователя, на условиях, изложенных в настоящем Полисе, Программе добровольного медицинского страхования «АНТИКЛЕЩ» (далее – Программа страхования) (Приложение №1 к настоящему Полису) и Правилами добровольного медицинского страхования от 20.12.2017 г. (далее – Правила), размещенными на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет» https://guidehins.ru/wp-content/uploads/rules_tariffs/pravila_dms.pdf, и являющимися неотъемлемой частью настоящего Договора.

На основании ст. 435, 438 ГК РФ согласие Страхователя заключить Договор на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика настоящего Полиса-оферты и его акцепта. При этом акцептом (согласием на заключение Договора) считается единовременная оплата Страхователем страховой премии, указанной в Полисе-оферте, в течение срока, отведенного для акцепта Полиса-оферты. Срок для акцепта Полиса-оферты равен сроку для оплаты страховой премии, указанному в Полисе-оферте. Настоящее предложение (оферта) действует до момента истечения срока для акцепта.

В случае неуплаты страховой премии в срок, предусмотренный для акцепта предложение (оферта) АО «СК ГАЙДЕ» прекращает свое действие, а Договор считается незаключенным (не вступившим в силу), если Страховщик незамедлительно письменно не сообщит Страхователю о принятии акцепта, полученного с опозданием. В случае уплаты Страхователем в течение периода акцепта Полиса-оферты денежной суммы меньшей, чем предусмотрено Полисом-офертой, Страховщик производит возврат поступившей страховой премии Страхователю, оферта считается неакцептованной, а Договор незаключенным (не вступившим в силу).

Существенными признаются условия, изложенные на всех страницах настоящего Полиса и в приложениях к нему. Положения Полиса и Программы страхования имеют преимущественную силу над положениями Правил страхования.

Страховщик	АО «СК ГАЙДЕ»		
	Лицензия Банка России СЛ № 0630 от 01.07.2024 г.; ИНН/КПП 7809016423/772701001; Место нахождения, почтовый адрес: 117638, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Зюзино, ул. Одесская, д. 2, помещ. 8/16.; банковские реквизиты: ПАО «МОСКОВСКИЙ КРЕДИТНЫЙ БАНК» г. Москва; p/c: 40701810002030000015; к/с: 30101810745250000659; БИК: 044525659; ОГРН 1027809175459; https://guidehins.ru ; телефон: 8 (800) 444-02-75		

Страхователь			
ФИО		Дата рождения	
Паспорт (серия, номер)		Код подразделения	
Телефон		E-mail	

Объектом страхования в соответствии с настоящим Договором являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с организацией и оплатой оказания медицинских услуг вследствие расстройства здоровья физического лица (Застрахованного) или состояния физического лица (Застрахованного), требующих организации и оказания таких услуг в соответствии с условиями Программы страхования (Приложение №1 к настоящему Полису).

Страховым случаем по Программе страхования является обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинские и иные организации, из числа предусмотренных в Договоре страхования и/или согласованных со Страховщиком, за получением медицинской и иной помощи по профилактике, диагностике и лечению инфекционных заболеваний, передающихся иксодовыми клещами: клещевой энцефалит, болезнь Лайма, анаплазмоз, эрлихиоз, в объеме рисков (видов медицинской помощи), предусмотренных Программой страхования и повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату медицинских и иных услуг.

Застрахованные лица:

№	ФИО	Дата рождения
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Время действия страховой защиты: круглосуточно

Период страхования: с 00 часов 00 минут _____ по 24 часов 00 минут _____, но не ранее чем через 3 дня после оплаты страховой премии

Территория страхования: Ярославская область, Костромская область

Страховая сумма (на каждое Застрахованное лицо): 5 000 000 (Пять миллионов рублей 00 копеек)

Общая страховая сумма: ()

Страховой тариф: %

Страховая премия (за каждое Застрахованное лицо): ()

Порядок уплаты общей страховой премии: Общая страховая премия в размере () уплачивается единовременно не позднее дня заключения настоящего Полиса.

Для получения медицинской помощи необходимо обращаться в медицинские организации согласно Программы страхования (Приложение №1 к настоящему Полису).

Особые условия страхования

1. Страхователь путем оплаты страховой премии подтверждает свое согласие на обработку персональных данных АО «СК ГАЙДЕ», адрес: 117638, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Зюзино, ул. Одесская, д. 2, помещ. 8/16 (далее-Страховщик, Оператор), в том числе персональных данных специальной категории как с применением, так и без применения средств автоматизации (на бумажных носителях), а именно на совершение следующих действий, предусмотренных ст. 3 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных; передачу персональных данных третьим лицам, оказывающим услуги Страховщику в рамках исполнения Страховщиком договора страхования;

в целях: - исполнения договора страхования Страховщиком, а также третьими лицами, оказывающими услуги Страховщику, в рамках исполнения Страховщиком договора страхования, а также с целью ведения регистра застрахованных, оплаты оказанной медицинской помощи и осуществления контроля над её объемом и качеством, предоставления информации организациям, уполномоченным (в силу закона, договора или любым иным образом) на проведение проверок и/или анализа деятельности Страховщика, а также на осуществление иных форм контроля за деятельностью Страховщика, для целей осуществления ими указанных действий;

- включения персональных данных в информационную систему персональных данных (в базу данных Страховщика) для проведения опросов о качестве обслуживания, уровню удовлетворенности оказания услуг, информирования о новинках страховых продуктов, продвижения страховых услуг на рынке путем

осуществления информационного сопровождения исполнения Договора страхования, в том числе посредством направления уведомлений с применением СМС-сообщений, посредством электронной почты и иными доступными способами;

в составе перечня персональных данных:

-данные паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, водительского удостоверения, идентификационного номера налогоплательщика, данных свидетельства о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя, данных о местах работы и занимаемых должностях, контактного телефона, адреса электронной почты, иных данных, переданных страхователем при заключении договора в соответствии с устным или письменным заявлением на страхование. В соответствии с федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» для исполнения договора, стороной которого либо выгодоприобретателем является субъект персональных данных, а также для заключения договора по инициативе субъекта персональных данных, согласие субъекта персональных данных не требуется. Согласие действует со дня его подписания и в течение 5 лет после окончания срока действия договора страхования. Согласие может быть отозвано посредством направления Страховщику соответствующего письменного заявления.

2. Настоящий Полис, составленный в виде электронного документа и подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением требований Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи», считается заключенным на изложенных в нем условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса) и даты заключения, указанной в Договоре.

Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи уполномоченного представителя Страховщика, Страхователя и печати Страховщика, факсимильной подписи уполномоченных представителей Страховщика, Страхователя и печати Страховщика, воспроизведенных с помощью средств механического, электронного или иного копирования, а также нанесенных типографским способом (далее - факсимильная подпись, факсимильное отображение). Электронный обмен документацией, подписанной факсимильной подписью Сторон, осуществляется с электронного адреса Страхователя, указанного в Договоре страхования и с электронного адреса Страховщика, содержащего домен @guideh.com.

3. Непосредственно после оплаты Страхователем страховой премии в полном объеме Страховщик направляет на электронную почту Страхователя оплаченный им и заключенный между Страховщиком и Страхователем Договор (электронный полис), который подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением требований Федерального закона от 06.04.2011 г. N 63-ФЗ «Об электронной подписи» и признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью.

4. В соответствии со статьями 435, 438 и 940 Гражданского кодекса РФ факт уплаты общей страховой премии в полном объеме является согласием Страхователя заключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях, указанных в настоящем Полисе, приложениях к нему, и подтверждением получения указанных документов.

5. По всем вопросам, не урегулированным в настоящем Полисе, Страхователь, Застрахованное лицо, Страховщик руководствуются Правилами, Программой Страхования, которые прилагаются к настоящему Полису и являются его неотъемлемой частью. Страхователь подтверждает, что Правила, Программа ДМС ему вручены, при этом Правила вручены Страхователю выбранным им способом, а именно, размещены Страховщиком на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет» по адресу: <https://guidehins.ru/pravila-i-tarifu/>. Условия, изложенные в настоящем Полисе, Программе Страхования Страхователю и Застрахованному лицу разъяснены и понятны, Страхователь и Застрахованное лицо обязуются их выполнять. Оплачивая страховую премию, Страхователь подтверждает, что ознакомлен с полномочиями представителя Страховщика на заключение Полиса.

6. Изменение Программ страхования/Вариантов страхования не осуществляется. Замена Застрахованного лица в течение срока действия Полиса не осуществляется.

Декларация Страхователя/Застрахованного лица

Оплачивая страховую премию по настоящему Полису, Страхователь:

- в соответствии с п. 1 ст. 18 Федерального закона от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе» выражает свое добровольное согласие и подтверждает получения данного согласия у Застрахованных лиц на получение от Страховщика рекламных материалов, связанных с оказанием и/или продвижением услуг Страховщика по сетям электросвязи, в том числе телефонной, факсимильной, подвижной радиотелефонной связи путем осуществления прямых контактов с использованием всех средств связи, включая, но не ограничиваясь: направление информации по почте, по электронной почте, СМС-информирование, голосовая рассылка в т.ч. сведений об окончании срока действия Договора, о возможности заключения Договора на новый срок и условиях заключения Договора, об иных услугах Страховщика. Страхователь обязуется по запросу Страховщика предоставить надлежащим образом оформленные согласия Застрахованных лиц по форме Приложения №2 к настоящему Полису в течение 3 (трех) рабочих дней с момента получения соответствующего запроса.
- подтверждает, что до заключения Договора ему была предоставлена полная информация о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», в том числе о размере страховой премии, порядке ее оплаты и последствиях ее неоплаты; о порядке установления в Договоре страховой суммы; о перечне страховых случаев; об исключениях из страхования и случаях освобождения Страховщика от страховой выплаты; о порядке действий Страхователя при наступлении события, обладающего признаками страхового случая; о порядке и определении размера страховой выплаты; о фирменном наименовании и о месте нахождения Страховщика;
- подтверждает получение ключевого информационного документа об условиях добровольного медицинского страхования к страховому полису и ознакомление с ним до заключения договора страхования;
- Страхователь подтверждает, что ознакомлен с информацией в соответствии с требованиями Базового стандарта защиты прав и интересов физических и юридических лиц – получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемой организаций, объединяющих страховые организации и иностранные страховые организации. С полной редакцией текста Базового стандарта защиты прав и интересов физических и юридических лиц, Страхователь может ознакомиться на официальном сайте Страховщика по адресу <https://guidehins.ru/informaciya-dlya-potrebitelej-finansovykh-uslug/>.

При отказе от договора страхования в случае непредоставления, предоставления неполной или недостоверной информации о договоре добровольного страхования, уплаченная страховая премия подлежит возврату в течение 7(семи) рабочих дней с момента получения соответствующего заявления за вычетом части премии, исчисляемой Страховщиком пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования.

Настоящий полис заключен сторонами договора страхования в соответствии с требованиями п.2 ст.940 ГК РФ.

Приложения к настоящему Полису	1. Программа страхования 2. Форма согласия на обработку Страховщиком персональных данных/Согласия Страхователя\Застрахованного лица на обработку персональных данных Страховщиком
--------------------------------	--

Программа добровольного медицинского страхования «АНТИКЛЕЩ»
Страховым случаем по программе добровольного медицинского страхования является обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинские и иные организации, из числа предусмотренных в Договоре страхования и/или согласованных со Страховщиком, за получением медицинской и иной помощи по профилактике, диагностике и лечению инфекционных заболеваний, передающихся иксодовыми клещами: клещевой энцефалит, болезнь Лайма, анаплазмоз, эрлихиоз, в объеме рисков (видов медицинской помощи), предусмотренных Программой страхования и повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату медицинских и иных услуг.

Программой страхования предусмотрено оформление необходимой медицинской документации, в том числе листов временной нетрудоспособности, рецептов (кроме льготных) по каждому страховому случаю.

В соответствии с Программой добровольного медицинского страхования Заказчик организует и оплачивает следующую медицинскую помощь:

1. Амбулаторно-поликлинические услуги при укусе клеща:

- 1.1. Медицинский осмотр врачом-специалистом;
- 1.2. Асептическое удаление присосавшегося иксодового клеща, обработка места укуса в условиях медицинского учреждения;
- 1.3. Лабораторное исследование иксодового клеща на наличие возбудителей клещевого энцефалита, болезни Лайма, эрлихиоза, анаплазмоза по назначению врача;
- 1.4. Диагностическое исследование крови человека по поводу клещевого энцефалита по назначению врача;
- 1.5. Медикаментозное обеспечение в объеме экстренной медикаментозной профилактики инфекционных заболеваний, передающихся иксодовыми клещами (йодантипирин, антибиотики широкого спектра действия, реферон-ес-липид), назначенные лечащим врачом - в случае положительного результата исследования материала клеща и/или крови на инфекции, передаваемые иксодовыми клещами и назначенного врачом;
- 1.6. Проведение экстренной пассивной иммунизации специфическим противоклещевым иммуноглобулином. Введение противоклещевого иммуноглобулина производится по рекомендованной схеме в случае подтвержденного инфицирования либо невозможности исследования клеща в первые 72 часа после укуса или удаления клеща Застрахованным, не прошедшим вакцинацию от клещевого энцефалита и не получавшим иммуноглобулин в течение последнего месяца;
- 1.7. Динамическое наблюдение врачом-инфекционистом в течение инкубационного периода возможного развития заболеваний, передаваемых иксодовыми клещами, включая повторные иммуносерологические исследования крови (по мед. показаниям и назначению врача) сроком до 45 дней от даты первичного обращения.

2. Стационарная помощь при экстренной и плановой госпитализации в случае заболевания клещевым энцефалитом, болезнью Лайма, эрлихиозом, анаплазмозом:

- 2.1. наблюдение и лечение высококвалифицированными специалистами;
- 2.2. диагностические лабораторные и инструментальные исследования, проводимые по поводу заболевания;
- 2.3. лечение заболевания, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами;
- 2.4. физиотерапевтическое лечение по показаниям.

3. Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг:

- 3.1. не предусмотренных программой страхования или в объемах, превышающих предусмотренный Полисом размер страховой суммы (страховая сумма является предельным уровнем страхового обеспечения и при наступлении страхового случая уменьшается на сумму ранее произведенных Страховщиком выплат);
- 3.2. в связи с нахождением в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, либо отказавшемуся пройти медицинское освидетельствование (экспертизу) на установление степени опьянения;
- 3.3. в случае несоблюдения или отказа выполнения Застрахованным лицом предписаний лечащего врача или нарушения определенного лечащим врачом больничного режима, если данные нарушения зафиксированы медицинским учреждением;

4. Страховщик не оплачивает по данной программе:

- 4.1. расходы, возникшие по окончании срока действия Полиса, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного, начавшейся в течение срока действия Полиса, но не более 30 (тридцати) дней после даты окончания Полиса;
- 4.2. медицинские услуги, не предписанные врачом, проводимые без медицинских показаний, выполненные по просьбе Застрахованного;
- 4.3. услуги по предоставлению медицинской помощи, связанной с лечением заболеваний, не являющихся клещевым энцефалитом, болезнью Лайма, эрлихиозом, анаплазмозом;
- 4.4. услуги по предоставлению медицинской помощи, связанной с лечением сопутствующих заболеваний, заболеваний, выявленных в процессе оказания Застрахованному медицинской помощи, а также хронических форм клещевого энцефалита, болезни Лайма, эрлихиоза, анаплазмоза;
- 4.5. пластические операции;
- 4.6. реабилитацию в любых медицинских учреждениях;
- 4.7. расходы Застрахованного на приобретение изделий медицинского

- назначения, расходных материалов для проведения операций, медицинского оборудования, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, медицинских изделий, предназначенных для ухода за больными;
- 4.8. расходы Застрахованного на медицинскую помощь в рамках программы страхования при наступлении страхового случая без предварительного согласования данных расходов со Страховщиком;
- 4.9. проведение специфической иммунопрофилактики (вакцинации) до укуса клеща;
- 4.10. все прочие медицинские мероприятия и исследования, не предусмотренные программой страхования.

5. По настоящей Программе страхования не могут быть Застрахованными лица, относящиеся к следующим категориям:

- 5.1. лица моложе 1 года на дату заключения Полиса;
- 5.2. лица, госпитализированные на дату заключения Полиса;
- 5.3. лица, которые были укушены клещом в течение 30 дней до обращения за заключением Полиса;

5.4. лица, которые на момент обращения за заключением Полиса имеют положительные результаты анализов на энцефалит, и/или болезнь Лайма, и/или эрлихиоз, и/или анаплазмоз, болеют указанными заболеваниями и/или находятся на лечении в связи с указанными заболеваниями.

Полис, заключенный в отношении указанных лиц, признается недействительным, в том числе в случае, если факт заключения Полиса в отношении указанных лиц будет выявлен в период действия Полиса.

Оплачивая Полис, Страхователь подтверждает, что ни один из Застрахованных не относится к категориям лиц, указанных в настоящем пункте.

6. Порядок оказания медицинской помощи:

6.1. При необходимости получения амбулаторно-поликлинической помощи Застрахованному лицу необходимо обратиться в лечебно-профилактические учреждения, с которыми Страховщик имеет договорные отношения на предоставление медицинских услуг, или в **круглосуточную службу организации медицинской помощи АО «СК ГАЙДЕ» по тел. 8 (800) 200-00-62**. По усмотрению Страховщика возможно изменение перечня лечебно-профилактических учреждений, указанных в Программе добровольного медицинского страхования (Приложение №1 к Договору). В случае расторжения договора с лечебно-профилактическим учреждением (ЛПУ) или ликвидации ЛПУ, указанных в Программе добровольного медицинского страхования (Приложение №1 к Договору), обслуживание застрахованных лиц в данном лечебно-профилактическом учреждении прекращается автоматически с даты расторжения/ликвидации; перерасчет страховой премии в данном случае не осуществляется. С актуальным перечнем лечебно-профилактических учреждений Страхователь/Застрахованный может ознакомиться на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет» <https://guidehins.ru>

6.2. При необходимости получения стационарной помощи Застрахованному лицу (его близким, лечащему врачу) необходимо обратиться в **круглосуточную службу организации медицинской помощи АО «СК ГАЙДЕ» по тел. 8 (800) 200-00-62**.

6.3. Застрахованное лицо при обращении в медицинскую или иную организацию обязано предъявить документ, удостоверяющий личность, страховой полис, сертификат или карточку медицинского страхования.

7. Порядок выплаты страхового возмещения:

При наступлении страхового случая выплата страхового возмещения производится в виде оплаты медицинскому учреждению стоимости медицинских услуг, оказанных Застрахованному в связи с наступлением страхового случая.

Порядок оплаты медицинских услуг, оказанных Застрахованному, определяется в соответствии с договором на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг), заключенным между Страховщиком и медицинским учреждением.

В случае отсутствия возможности организации медицинской или иной помощи в том числе с использованием медицинских и иных организаций – партнеров Страховщика, Страховщик возмещает документально подтвержденные, предварительно согласованные до их получения со Страховщиком, расходы Застрахованного лица за оказанные медицинские и иные услуги, определенные Программой добровольного медицинского страхования, понесенные им самостоятельно, при наступлении страхового случая.

Для получения страховой выплаты в форме возмещения расходов, понесенных для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования, Застрахованное лицо (Страхователь) обращается к Страховщику с заявлением и предъявляет пакет документов, включающий в себя оригиналы или заверенные надлежащим образом копии документов с предъявлением по требованию Страховщика оригиналов документов, а именно: полис, документ, удостоверяющий его личность, документ, подтверждающий уплату страховой премии, документы, подтверждающие получение медицинских и иных услуг в течение срока действия договора страхования, предусмотренных Программой ДМС, на условиях которой заключен договор страхования, и требующих оплаты Страховщиком: договоры оказания услуг, медицинские карты, выписки из истории болезни (медицинской карты), направления, заключения, медицинские справки, рецепты, подтверждающие перечень (виды), необходимость и объем медицинских и иных услуг, диагноз и сроки лечения Застрахованного лица, платежные документы, подтверждающие оплату услуг.

Приложения к Настоящей Программе страхования:

1. Перечень Лечебно-профилактических учреждений

Перечень Лечебно-профилактических учреждений

Город	МО	Адрес	Телефон	Услуга					Возраст
				Консульт.	Удаленн.	Исследо.	Введе-ние	Выпла-ча	
Ярославль	ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ярославской области», Пн-Пт 9-16	ул. Войнова, д.1	(4852)73-36-42			+			дети+взр.
	ЧУЗ Клиническая больница РЖД-Медицина г Ярославль, Пн-Пт 7:30-20:00, Сб 8-13 Пн-Вс 8-20	Суздальское шоссе, д.21 Ул. Чехова, 34	8(920)1286684 8(920)1106050		+				взрослые
	ООО «Медицинский центр диагностики и профилактики Плюс», Пн-Пт 7:30-21:00, Сб 8-18, Вс 9-17	пр-т Ленина, д. 33	(4852)58-88-28	+	+	+	+		дети+взр.
	ООО «Медицина АльфаСтрахование», Пн-Пт 08–21, Сб 08–20, Вс 09–18 Пн-Пт: 08–20, Сб 08–17, Вс 09–15	ул. Советская, д. 78а Ленинградский пр-т, д.85а	(4852)23-11-58	+	+	+	+		дети+взр.
	ГБУЗ ЯО Инфекционная клиническая больница, запись по звонку	пр-т Октября, д.54	(4852)73-94-69	+					дети+взр.
	МЦ «Формед», Пн-Пт 8:30-20:00, Сб-Вс 9:00-15:00. Запись по звонку	ул. Первомайская, д.17/6	(4852)73-11-77	+				+	дети+взр.
	ГАУЗ ЯО «КБ СМП им. Соловьева» (травмп. кругл.), лаб. Пн-Пт 8-13, Сб 8-11	ул. Загородный сад, д.11	75-50-30 (лаб.)	+	+	+			дети+взр.
	ООО «Сеть» (лаборатория «МединкомЛаб»), Пн-Сб 8-12	Проезд Связистов, д.3, лит.В ул. Собинова, д.19	(4852) 402-401			+	+		дети+взр.
Рыбинск	КДЦ «МедЭксперт+»	ул. Пушкина, д. 39	(939)860-80-71			+			дети+взр.
	ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ярославской области» филиал в г. Рыбинск	ул. Солнечная, д.39	(4855)55-12-88			+			дети+взр.
	ЧУЗ Клиническая больница РЖД-Медицина г Ярославль -филиал г.Рыбинск	ул. Вокзальная, д.25	(4855)24-95-35		+	+			взрослые
	ГУЗ ЯО «Городская больница № 2 им. Н.И.Пирогова»	ул. М.Горького, д.52	(4855)20-28-72	+	+	+	+	+	взрослые
Перес.-Зал.	КДЦ «МедЭксперт+»	ул. 50 лет Комсомола, д.16	(4853)59-44-04			+			дети+взр.
Ростов Великий	ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ярославской области» филиал в г. Ростов	пер. Перовский, д.19	(4853)66-25-43			+			дети+взр.
	КДЦ «МедЭксперт+», КДЦ «МедЭксперт-Премиум»	ул.Радищева, д.41, ул Октябрьская, д.17 оф.1	(4863)67-93-33 (965)7273541			+	+		дети+взр.
Тутаев	ООО «Доктор Плюс»	пр-т 50-летия Победы, д.35	(4852)73-24-25			+			дети+взр.
Данилов	КДЦ «МедЭксперт+»	ул. Ленина д.35а	(960)528-00-22			+			дети+взр.
Углич	КДЦ «МедЭксперт+»	ул. Свободы, д. 33а	(906)529-07-37			+			дети+взр.
Гаврилов-Ям	КДЦ «МедЭксперт-Премиум»	ул. Комарова, д.1	(901)273-10-01	+	+	+			дети+взр.
Кострома	ОГБУЗ «Городская больница г.Костромы»	ул. Советская, д.77	(4942)31-35-94	+	+	+	+		дети+взр.
	Сеть клиник «МИРТ»	пер. Инженерный, д.18	(4942)334-911	+	+	+	+		взрослые

Для бесплатного получения лекарственных препаратов от боррелиоза, эрлихиоза, анаплазмоза (антибактериальные препараты на сумму, не превышающую 1 000 руб. за один курс) Вы можете обратиться в МЦ «Формед» (см. выше в таблице). При себе иметь документ, удостоверяющий личность, страховой полис, сертификат или карточку медицинского страхования и заключение лаборатории. Звонить в страховую компанию **не требуется**;

Для получения страховой выплаты в форме возмещения расходов, понесенных за оплату препаратов от боррелиоза, эрлихиоза, анаплазмоза (антибактериальные препараты на сумму, не превышающую 1 000 руб. за один курс) Застрахованное лицо (Страхователь) обращается к Страховщику с заявлением и предъявляет пакет документов согласно п. 7 Программы страхования.

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____, паспорт _____, выдан: _____, зарегистрированный по адресу: _____, полная дата рождения _____, место рождения _____, мобильный тел: _____, эл. адрес _____ (далее-Страхователь),

даю свое согласие Акционерному обществу «Страховая компания ГАЙДЕ» (АО «СК ГАЙДЕ»), адрес: 117638, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Зюзино, ул. Одесская, д. 2, помещ. 8/16 (далее-Страховщик, Оператор), на обработку персональных данных, в том числе персональных данных специальной категории как с применением, так и без применения средств автоматизации (на бумажных носителях), а именно на совершение следующих действий, предусмотренных 3-й статьей Федерального закона от 27 июля 2006года № 152-ФЗ «О персональных данных»:

☐ сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных;

☐ передачу персональных данных третьим лицам, оказывающим услуги Страховщику в рамках исполнения Страховщиком договора страхования; в целях:

- исполнения договора страхования Страховщиком, а также третьими лицами, оказывающими услуги Страховщику, в рамках исполнения Страховщиком договора страхования, а также с целью ведения регистра застрахованных, оплаты оказанной медицинской помощи и осуществления контроля над её объемом и качеством, предоставления информации организациям, уполномоченным (в силу закона, договора или любым иным образом) на проведение проверок и/или анализа деятельности Страховщика, а также на осуществление иных форм контроля за деятельностью Страховщика, для целей осуществления ими указанных действий;

- включения персональных данных в информационную систему персональных данных (в базу данных Страховщика) для проведения опросов о качестве обслуживания, уровню удовлетворенности оказания услуг, информирования о новинках страховых продуктов, продвижения страховых услуг на рынке путем осуществления информационного сопровождения исполнения Договора страхования, в том числе посредством направления уведомлений с применением СМС-сообщений, посредством электронной почты и иными доступными способами;

в составе перечня персональных данных:

-данные паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, водительского удостоверения, идентификационного номера налогоплательщика, данных свидетельства о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя, данных о местах работы и занимаемых должностях, контактного телефона, адреса электронной почты, иных данных, переданных страхователем при заключении договора в соответствии с устным или письменным заявлением на страхование.

В соответствии с федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» для исполнения договора, стороной которого либо выгодоприобретателем является субъект персональных данных, а также для заключения договора по инициативе субъекта персональных данных, согласие субъекта персональных данных не требуется.

Согласие действует со дня его подписания и в течение 5 лет после окончания срока действия договора страхования.

Согласие может быть отозвано посредством направления Страховщику соответствующего письменного заявления.

(дата) _____
(фамилия, имя, отчество) _____
(подпись)

Сведения, предоставляемые в соответствии с Федеральным законом от 07.08.2001 № 115-ФЗ

«О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма»

Настоящим подтверждаю, что:

☐ не являюсь иностранным публичным должностным лицом* (ИПДЛ), российским публичным должностным лицом** (РПДЛ), должностным лицом публичной международной организации*** (МПДЛ)

☐ не имею супруга/супругу, близких родственников, полнородных и неполнородных братьев и сестер, усыновителей, усыновленных, являющихся ИПДЛ, РПДЛ, МПДЛ

☐ являюсь иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), российским публичным должностным лицом (РПДЛ), должностным лицом публичной международной организации (МПДЛ): _____

(указать занимаемую должность)

☐ имею супруга/супругу, близких родственников, полнородных и неполнородных братьев и сестер, усыновителей, усыновленных, являющихся ИПДЛ, РПДЛ, МПДЛ) _____

(указать ФИО, степень родства, занимаемую должность)

(фамилия, имя, отчество) _____
(подпись) _____
(дата)

Примечания:

*«иностранное публичное должностное лицо» означает любое назначаемое или избираемое лицо, занимающее какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства, и любое лицо, выполняющее какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в том числе для публичного ведомства или публичного предприятия;

** «российское публичное должностное лицо» означает физическое лицо, замещающее (занимающее) государственную должность Российской Федерации, должность члена Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должность федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должность в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенная в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

*** «должностное лицо публичной международной организации» означает международного гражданского служащего или любое лицо, которое уполномочено такой организацией действовать от ее имени.