

Международный страховой полис

642-1407VIR № 2038865

ПАО СК «РОСГОССТРАХ»

Rosgosstrakh Insurance Company Travel Insurance Policy

Лицензия СЛ № 0001, СИ № 0001

Страхователь Policy Holder	Дата рождения Date of Birth	Застрахованные Insured Persons	Дата рождения Date of Birth	Количество багажных мест Number of baggage items
██████████	22.05.1986	██████████	██████████	----
Адрес Address	Телефон Telephone	----	----	----
██████████	██████████	----	----	----
Территория страхования Area covered		Срок страхования Duration of the trip	Количество застрахованных дней Number of covered days	
Schengen		c/from 20.07.2016 no/to 22.08.2016	19	
Страховые риски Insurance risks	Код программы Program	Страховая сумма на каждого Застрахованного/ на каждое багажное место Insurance sum per Insured Person/ On each baggage item	Франшиза по каждому случаю Excess	Страховая премия по риску, у.е. Insurance Premium
Медицинская и экстренная помощь Emergency Medical and Associated Expenses	1 - Эконом	30000 EUR	0 EUR	14,25 EUR
Общая страховая премия у.е./руб. Total insurance Premium		14,25 EUR = 1037,21 RUR		
Особые условия Specific terms		Срок действия Договора страхования Effective policy period	c/from	no/to
			23.06.2016	22.08.2016
		Дата заключения Договора страхования Date of Issue	22.06.2016	

Настоящий Полис удостоверяет факт заключения Договора страхования на основании Правил комплексного страхования, выезжающих за рубеж, № 174 в действующей редакции, являющихся неотъемлемой частью настоящего Договора страхования. Настоящим стороны договорились, что факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного Страховщиком лица и оттиска печати Страховщика имеют правовую силу оригинальной собственноручной подписи вышеуказанного уполномоченного лица и оттиска печати.

Страхователь - физическое лицо: Страхователь подтверждает свое согласие на обработку, использование, передачу (в том числе трансграничную) Страховщиком, ООО «Европ Ассистанс СНГ» 115114, Москва, Летниковская 11/10, строение 3; ООО «Вирту Системс» 141092, Московская обл., г. Юбилейный, ул. Лесная, д.14, в порядке, установленном Правилами страхования с согласованием настоящим о распространении его на указанных лиц, персональных данных, перечисленных в настоящем Договоре и в главе 10 Правил страхования, Страхователя/Застрахованных в целях: исполнения настоящего Договора, осуществления страхования; проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору; администрирования Договора, а также информирования Страхователя о других продуктах и услугах Страховщика.

Ф.И.О. Name ██████████	Подпись Signature
Текст вышеуказанных Правил страхования в электронном виде по адресу: www.rgs.ru/vzr Информация, указанная в настоящем Договоре страхования, мной лично проверена и подтверждается. Правила страхования получил. С положениями Правил страхования ознакомлен, соглашаюсь с ними и обязуюсь их выполнять.	
Ф.И.О. Name ██████████	Подпись Signature
Страховщик: ПАО СК «Росгосстрах»	
Адрес местонахождения: 140002, РФ, Московская обл., г. Люберцы, ул. Парковая, д.3	Адрес фактического местонахождения: 121059, РФ, г. Москва, ул. Киевская, д.███
Представитель Страховщика Insurer's representative: на основании Доверенности № _____ ОТ _____	по договору № _____
Ф.И.О. Name ██████████	Должность Representative's position
Место выдачи Place of Issue	Подпись Signature



Сведения об обстоятельствах, имеющих значение для определения страхового риска, вероятности наступления страхового случая и размеров возможных убытков от его наступления (в соответствии с пп. 6.2., 8.1. Правил страхования), указанных ниже и внесенных от моего имени по каждому Застрахованному в настоящий Договор, соответствуют действительности и являются частью Договора страхования. Необходимо расширение страхового покрытия по каждому Застрахованному при условии применения повышающего коэффициента для следующих опций:

Буду заниматься спортом/активным отдыхом (видами деятельности, перечисленными в п. 3.4.1. Правил страхования)	<input checked="" type="checkbox"/> Нет
Имеется хроническое/-ие заболевание/-ия	<input checked="" type="checkbox"/> Нет
Беременность	<input checked="" type="checkbox"/> Нет
Буду употреблять алкогольные напитки	<input checked="" type="checkbox"/> Нет

Согласен с тем, что на основании сообщенных мною сведений по каждому Застрахованному Страховщик имеет право произвести индивидуальную оценку риска (рисков), принимаемого (-ых) на страхование, с применением необходимых поправочных коэффициентов к базовой тарифной ставке, а также учитывать эти сведения при расчете размера страховой выплаты

Страхователь	Подпись Signature	Дата Date 22.06.2016
Ф.И.О. Name ██████████		

ПОРЯДОК ДЕЙСТВИЙ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

При обращении за медицинской помощью без предварительного согласования с сервисной компанией Застрахованный теряет право на бесплатную помощь (в соответствии с Правилами).
При наступлении страхового случая в любое время суток Застрахованный или лицо, представляющее его интересы, обязаны связаться с круглосуточным центром помощи сервисной компании, предоставить необходимую информацию и следовать инструкциям.

Круглосуточный центр помощи 24-hour Emergency Center
Для звонков из любой страны мира 24-hr multi-lingual line:
+ 7 495 783-92-36 Москва /Moscow
Адрес электронной почты /e-mail: turea@rgs.ru

Для получения медицинской помощи необходимо сообщить следующее:

- имя и фамилию Застрахованного,
- время и обстоятельства происшедшего,
- номер контактного телефона и код страны для обратной связи,
- местонахождение Застрахованного,
- номер полиса, период и территорию его действия,
- характер требуемой помощи.

DEAR DOCTOR, THE POLICY-HOLDER IS COVERED BY TRAVEL INSURANCE. PLEASE, CALL THE ABOVE MENTIONED 24-HOURS MULTILINGUAL PHONE NUMBERS OF THE ASSISTANCE COMPANY FOR PAYMENT GUARANTEE BEFORE PROVIDING A TREATMENT.