

Международный страховой полис

№

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
Ivanov Ivan	01.01.1968	1. Ivanov Ivan	01.01.1968	----
Адрес Address	Телефон Telephone	-----	-----	-----
Moscow	89109695012	-----	-----	-----

Страхователь и Застрахованный является публичным должностным лицом, указанным в подпункте 1 пункта 1 статьи 7.3 Федерального закона №115-ФЗ от 07.08.2001, или родственником такого лица	Страхователь	<input checked="" type="checkbox"/> Не является	<input type="checkbox"/> Является	Должность
	Застрахованный - 1	<input checked="" type="checkbox"/> Не является	<input type="checkbox"/> Является	Должность

Территория страхования Area covered	Срок страхования Duration of the trip	Количество застрахованных дней Number of covered days
MONTENEGRO	c/from 02.06.2017 no/to 11.06.2017	10

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	50000 EUR	0 EUR	19,4 EUR
Общая страховая премия у.е./руб. Total Insurance Premium		19,4 EUR = 1230,17 RUR		

Особые условия Specific terms	Срок действия Договора страхования Effective policy period	c/from	no/to
	<input checked="" type="checkbox"/> Спорт (активный отдых) Sports (active rest)	02.06.2017	11.06.2017
	Дата заключения Договора страхования Date of Issue	01.06.2017	

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.

Страхователь - физическое лицо: Страхователь подтверждает свое согласие на обработку, использование, передачу (в том числе трансграничную) Страховщиком, Global Voyager Assistance Ltd Cyprus Никодимоу Милона, 1, Каридерс стр. С, 4 этаж, офис 445, П.С. 6010, Ларнака, Кипр; ООО «Вирту Системс» 141092, Московская обл., г. Юбилейный, ул. Песная, 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 Ivanov Ivan

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, согласен и обязуюсь их выполнять.

Ф.И.О. Name Ivanov Ivan

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. 7

Представитель Страховщика Insurer's representative: на основании Доверенности № 01-38/132 от 14.04.2016 по договору №

Ф.И.О. Name Середищева Н.Н. Заместитель директора по партнерским продажам Филиала ПАО СК «Росгосстрах» в Москве и Московской обл. Должность Representative's position

Место выдачи Place of Issue ВСОП "Ордынка"

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"/> Да
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

Ф.И.О. Name Ivanov Ivan

Подпись Signature

Дата Date 01.06.2017

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:
+ 7 495 783-92-35 Москва /Moscow
Адрес электронной почты /e-mail: turgv@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.