

Международный страховой полис

150-1408VIR № 2794479

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
ORISHCHENKO ALEXANDER	13.07.1984	1. ORISHCHENKO ALEXANDER	13.07.1984	----
Адрес Address	Телефон Telephone	-----	-----	-----
MOSCOW	74959942444	-----	-----	-----
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 Застрахованный - 1	☒ Не является ☐ Является	Должность
			☒ Не является ☐ Является	Должность
Территория страхования Area covered		Срок страхования Duration of the trip		Количество застрахованных дней Number of covered days
Schengen		c/from 23.05.2018 no/to 22.05.2019		90
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
Медицинская и экстренная помощь Emergency Medical and Associated Expenses	1 - Эконом	30000 EUR		0 EUR
Общая страховая премия у.е./руб. Total insurance Premium		45 EUR = 3320,08 RUR		
Особые условия Specific terms		Срок действия Договора страхования Effective policy period		c/from no/to
		18.05.2018		22.05.2019
Многократные поездки.		Дата заключения Договора страхования Date of Issue		17.05.2018

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, Global Voyager Assistance Ltd Cyprus Никодимому Милона, 1, Каридерс стр. С, 4 этаж, офис 445, П.С. 6010, Ларнака, Кипр; 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 ORISHCHENKO ALEXANDER

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 ORISHCHENKO ALEXANDER

Подпись Signature

Страховщик: ПАО СК «Росгосстрах»

Адрес местонахождения: 140002, РФ, Московская обл., г. Люберцы, ул. Парковая, д.3

Headquarters legal address: 140002, Russian Federation, Moskovskaya obl., Lyubertsy, Parkovaya str., 3

Адрес фактического местонахождения: 121059, РФ, Москва, ул. Киевская, д. 7

Business address: 121059, Russian Federation, Moscow, Kievskaya str., 7

Представитель Страховщика Insurer's representative: на основании Доверенности № 477-Дхк от 01.01.2017 от ---- по договору №

Ф.И.О. Name Порова Оксана

Должность Representative's position

Подпись Signature

Место выдачи Place of Issue

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)	☒ Нет
Имеется хроническое/ие заболевание/ия	☒ Нет
Беременность	☒ Нет
Буду употреблять алкогольные напитки	☒ 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 ORISHCHENKO ALEXANDER

Подпись Signature

Дата Date 17.05.2018

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.