

**ПОЛИС СТРАХОВАНИЯ, ВЫЕЗЖАЮЩИХ ЗА ПРЕДЕЛЫ ПОСТОЯННОГО МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА
TRAVEL INSURANCE POLICY**

Настоящий полис удостоверяет факт заключения договора страхования граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства, между Страховщиком — ООО СК «Сбербанк страхование» — и Страхователем на Условиях онлайн-страхования граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства утверждённых приказом от 22.05.2019 г. № 101 (далее — Условия страхования).

СТРАХОВЩИК / INSURANCE COMPANY			
ООО СК «Сбербанк страхование» / Insurance company «Sberbank insurance» LLC www.sberbankins.ru 8 800 555 555 7 115093, г. Москва, ул. Павловская, дом 7. / 7 Pavlovskaya St., 115093 Moscow Режим работы: пн— пт с 9:00 до 19:00 мск. Лицензия Банка России на осуществление добровольного имущества страхования ЦИ № 4331 и добровольного личного страхования, за исключением добровольного страхования жизни, СЛ № 4331, выданы 05.08.2015 бессрочно.			
СТРАХОВАТЕЛЬ / POLICYHOLDER			
Тест Тест Тест		Телефон / Telephone number	
Застрахованные лица / Insured persons		Дата рождения / Date of birth Insured	
TEST TEST		01.01.1990	
Срок страхования / Period	с / from 22.07.2019	по / to 09.08.2019	Количество дней / days 4
Территория / Territory: All countries of the world except USA, Russia / Все страны мира, за исключением США, России			
Сервисная компания по полису / Assistance: ООО «Европ Ассистанс СНГ» (Europ Assistance СНГ).			
Дата оформления полиса / Date of issue 17.07.2019		Место выдачи полиса / Place of issue	

СТРАХОВЫЕ РИСКИ / RISKS

По настоящему полису Страховщик возмещает непредвиденные расходы Страхователя / Застрахованного лица в результате наступления страховых случаев, предусмотренных разделом «Страховые риски».	Пункты условий / Conditions	Страховая сумма на человека / Insured Sum per person
Медицинская помощь, медицинская транспортировка, посмертная репатриация / Medical expenses, Transportation to hospital & evacuation, Repatriation costs	5.2.	60 000 €
Стоматологическая помощь / Emergency dental pain relief	5.2.2.	200 €
Транспортные расходы / Transport expenses	5.3.1.	4 000 €
Возвращение детей и присмотр за детьми / Return home of children	5.3.2.	4 000 €
Визит родственника или третьего лица / Family visit	5.3.3.	4 000 €
Проживание в гостинице до возможной транспортировки / Hotel fees until transportation	5.3.6.	1 000 €
Поисково-спасательные работы / Emergency search & rescue	5.3.4.	6 000 €
Оплата срочных сообщений / Message relay	5.4.	200 €
Услуги переводчика / Interpreter	5.3.5.	200 €
Утрата документов / Lost or stolen document	13.1	200 €
Задержка рейса, начиная с 5-го часа, но не более чем за 8 часов / Flight delay, payment after 4 hours, but not more than 8 hours Лимит возмещения / Compensation limits ____ € за 1 час задержки / per hour	9.1.	Не включено / Excluded
Утрата багажа / Lost Baggage Лимит возмещения / Compensation limits ____ € за 1 место багажа / per item	8.1.1.	Не включено / Excluded
Задержка багажа, начиная с 5-го часа, но не более чем за 8 часов / Baggage delay, payment after 4 hours, but not more than 8 hours Лимит возмещения / Compensation limits ____ € за 1 час задержки / per hour	8.1.2.	Не включено / Excluded
Досрочное возвращение / Travel interruption	10.1.2.	1 500 €
Отмена поездки / Travel Abandonment	10.1.1.	Не включено / Excluded
Юридическая помощь / Legal Expenses	11.1.	Не включено / Excluded
Гражданская ответственность / Personal Liability / Франшиза / deductible 300 €	7.1.	Не включено / Excluded
Страхование от несчастного случая / Personal accident	6.1.	10 000 €
Спортивное оборудование / Sport Equipment	8.1.3.	Не включено / Excluded
Ски-пасс / Лавина / Skipass / Avalanche / Лимит возмещения / Compensation limits 50 € за 1 день / per day	12.1.	Не включено / Excluded
Активные виды спорта / Active sport	5.2.- 5.3.,6.1	Не включено / Excluded
Страховая премия / Premium	5.96 €	421.24 руб.

При возникновении случая, имеющего признаки страхового, прежде чем предпринять какие-либо действия, Вам необходимо связаться с сервисной компанией по телефонам:

для звонков из любой точки мира: +7 (495) 787-21-78; номер для связи по СМС: +7 (903) 797-63-03. Греция: +302897041777; Египет: +201065444040;

Турция: +902123372093;

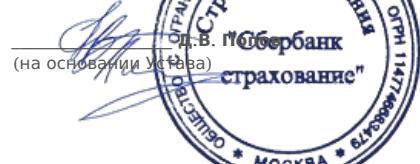
При обращении в сервисную компанию необходимо сообщить: фамилию, имя, номер и срок действия полиса; местонахождение и номер контактного телефона; дать краткое описание возникшей проблемы и вид требуемой помощи.

По настоящему Полису Страховщик возмещает непредвиденные расходы Страхователя/Застрахованного лица в результате наступления страховых случаев, предусмотренных разделом «Страховые риски», в размере лимитов страхового возмещения, установленных Полисом, но не более установленной страховой суммы по Полису.

Датой заключения Полиса является дата оплаты страховой премии. В случае отказа Страхователя от Полиса в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с даты его заключения, но до вступления страхования, обусловленного Полисом, в силу, Страховщик возвращает Страхователю оплаченную страховую премию в полном объеме. В случае отказа Страхователя от Полиса в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с даты его заключения, но после вступления страхования, обусловленного Полисом, в силу, при условии отсутствия в этом периоде события, имеющего признаки страхового случая, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю, вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия Полиса, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Полиса. В случаях отказа Страхователя от Полиса в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с даты его заключения, Полис считается прекратившим свое действие с 00 часов 00 минут даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Полиса или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее 14 (четырнадцатого) календарного дня с даты заключения Полиса. Возврат Страхователю страховой премии осуществляется по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Полиса.

Стороны пришли к соглашению об использовании Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи и печати Страховщика на Полисе с помощью средств механического или иного копирования, электронно-цифровой подписи либо иного аналога собственноручной подписи. Страхователь вправе отказаться от заключения настоящего Полиса с использованием графического воспроизведения подписи и печати Страховщика.

От Страховщика:
**ИО Генерального директора
 ООО СК «Сбербанк страхование»**



ДЕКЛАРАЦИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ

Оплачивая страховую премию по Полису я:

— даю свое согласие на обработку (автоматизированную, неавтоматизированную, смешанную) ООО СК «Сбербанк страхование» (115093, г. Москва, ул. Павловская, д. 7) и ПАО Сбербанк (117997, г. Москва, ул. Вавилова, д. 19), сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, Декларация Страхователя

— в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее — Закон) даю свое согласие на обработку (автоматизированную, неавтоматизированную, смешанную) ООО СК «Сбербанк страхование» (115093, г. Москва, ул. Павловская, д. 7) и ПАО Сбербанк (117997, г. Москва, ул. Вавилова, д. 19), сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение, совершаемые с использованием средств автоматизации и без использования средств автоматизации) персональных данных, указанных в настоящем согласии, а также нижеперечисленных, в целях реализации процесса взаимодействия с субъектом персональных данных, в том числе путем осуществления прямых контактов с помощью средств связи, по вопросам оказания страховых услуг ООО СК «Сбербанк страхование», контроля и оценки качества обслуживания, заключения договора страхования (включая оценку страхового риска, изменения, исполнения и его прекращения): фамилия, имя, отчество, пол, гражданство, адрес места жительства (регистрации), серия и номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, дата и место рождения (с указанием страны); возраст; пол; семейное положение; страна проживания; гражданство; сведения о профессиональной занятости (в том числе сведения о статусе ИП, владении бизнесом); адрес места жительства/пребывания/фактического проживания/почтовый адрес; контактная информация; сведения о состоянии здоровья, диспансерном учете (наблюдении) и образе жизни (в том числе о наличии опасных увлечений, занятии спортом, о заболеваниях и обращениях за медицинской помощью); сведения о планах выехать за пределы Российской Федерации; сведения о планах посетить места вооруженных конфликтов; сведения о наличии инвалидности и оснований ее установления, наличии направления на МСЭ; сведения о нахождении под следствием, привлечении к уголовной ответственности; сведения о наличии несчастных случаев; сведения о наличии договоров имущественного страхования и их условиях, а также страховых случаях по таким договорам; сведения о финансовом положении и наличии иждивенцев, банковские реквизиты; персональные данные, получение которых обусловлено требованиями законодательства Российской Федерации.

— даю согласие на осуществление трансграничной передачи персональных данных на территорию государств, обеспечивающих и не обеспечивающих адекватную защиту прав субъектов персональных данных, в целях: перестрахования рисков в рамках исполнения, прекращения договора страхования, если такой был заключен; взаимодействия с ассистанскими компаниями (сервисными компаниями)* в рамках исполнения договора страхования, если такой был заключен. Обработка персональных данных будет осуществляться ООО СК «Сбербанк страхование» и третьими лицами* исключительно в составе, необходимом для достижения вышеуказанных целей при их возникновении. Данное согласие дано на срок действия Договора страхования и на последующие 5 (пять) лет после окончания срока действия Договора страхования и может быть отозвано посредством направления в ООО СК «Сбербанк страхование» Страхователем соответствующего письменного уведомления.

— даю свое согласие на предоставление в ООО СК «Сбербанк страхование» любыми медицинскими организациями (лечебно-профилактическими учреждениями, учреждениями здравоохранения особого типа), у которых я проходил лечение, нахожусь или находился под наблюдением, сведений о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи, о состоянии моего здоровья и диагнозе (прогнозе), иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, иных органов/организаций/учреждений, располагающих такой информацией. Я согласен, что получение ООО СК «Сбербанк страхование» сведений обо мне, в том числе составляющих врачебную тайну, может осуществляться в любом виде, в любой форме (в том числе в форме справок, актов, заключений, результатов обследований).

— даю свое согласие на предоставление в ООО СК «Сбербанк страхование» любыми медицинскими организациями (лечебно-профилактическими учреждениями, учреждениями здравоохранения особого типа), у которых я проходил лечение, нахожусь или находился под наблюдением, сведений о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи, о состоянии моего здоровья и диагнозе (прогнозе), иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, иных органов/организаций/учреждений, располагающих такой информацией. Я согласен, что получение ООО СК «Сбербанк страхование» сведений обо мне, в том числе составляющих врачебную тайну, может осуществляться в любом виде, в любой форме (в том числе в форме справок, актов, заключений, результатов обследований).

— даю свое согласие на участия в маркетинговых, рекламных акциях ООО СК «Сбербанк страхование» (115093, г. Москва, ул. Павловская, д. 7) и ПАО Сбербанк (117997, г. Москва, ул. Вавилова, д. 19) и исследованиях с информационным сопровождением, в том числе посредством направления смс-Голосовых сообщений, по почте, по электронной почте или с использованием иных средств электросвязи.

— даю свое согласие на направление мне ПАО Сбербанк (117997, г. Москва, ул. Вавилова, д. 19), целевых рекламных, информационных и индивидуальных предложений и материалов, осуществление коммуникации с использованием следующих каналов связи (телефонный звонок, голосовое сообщение; SMS-оповещение, push уведомления, мессенджеры WhatsApp, Viber, Telegram, электронная почта). Подтверждаю, что до заключения Полиса, мне была предоставлена полная и достоверная информация:

— об условиях, на которых может быть заключен Полис, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, а также порядок осуществления страховой выплаты (страхового возмещения), в том числе перечень документов, которые необходимо представить вместе с заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая;

— об обстоятельствах, влияющих на размер страховой премии, о способах и сроках (периодичности) уплаты страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов);

— о применяемых Страховщиком франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях Страхователя/Выгодоприобретателя, совершение которых может повлечь отказ Страховщика в страховой выплате или сокращение ее размера;

— о перечне документов и информации, необходимых для заключения Полиса;

— о подлежащем уплате по Полису размеру страховой премии;

— о наличии условия возврата страхователю уплаченной страховой премии в случае отказа страхователя от Полиса в течение определенного действующим законодательством срока со дня его заключения;

— о сроках рассмотрения обращений Страхователей/Выгодоприобретателей относительно страховой выплаты, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от компетентных органов и (или) сторонних организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия Страховщиком решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты;

— о порядке расчета налога, который будет удержан Страховщиком при расчете страховой выплаты в случаях, когда Страховщик является налоговым агентом и на него возложена обязанность по удержанию соответствующего налога;

— о праве Страхователя запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру, в случае если заключение Полиса/Договора страхования осуществлялось с участием страхового агента или страхового брокера.


— о способах и порядке подачи в страховую организацию письменного или устного заявления о заключении Полиса.

— об обязанности уведомить Страховщика об изменении данных, указанных в Полисе, в том числе об изменении адреса, электронной почты и номера телефона, не позднее 5 (пяти) рабочих дней с момента изменения соответствующих данных.

— об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая.

Подтверждаю, что ознакомлен с Условиями страхования до заключения Полиса, согласен с ними и обязуюсь их исполнять.

ОТ СТРАХОВЩИКА:
ИО Генерального директора
ООО СК «Сбербанк страхование»
(на основании Устава)


"Сбербанк
страхование" Д. А. Попов

ВЫДЕЛЕНИЕ С ОПРАВДАНИЕМ
"Сбербанк
страхование" ОГРН 1150930000000



* Перечень третьих лиц, брокеров, агентов, ассистанских компаний (сервисных компаний) с указанием наименования/фамилии, имени, отчества и адреса размещен на сайте ООО СК «Сбербанк страхование» www.sberbankins.ru

ОБРАЗОЗЕЦ