

**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 (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 имущественного страхования СИ № 4331 и добровольного личного страхования, за исключением добровольного страхования жизни, СЛ № 4331, выданы 05.08.2015 бессрочно.		
СТРАХОВАТЕЛЬ / POLICYHOLDER		
ПОЛИС ПОЛИС ПОЛИСОВИЧ		Телефон / Telephone number 78124081207
Застрахованные лица / Insured persons		Дата рождения / Date of birth Insured
POLIS POLIS		07.07.1977
POLISS POLISS		07.07.2007
Срок страхования / Period	c / from 07.10.2018	no / to 01.11.2018
Количество дней / days 11		
Территория / Territory: Весь мир, кроме США и РФ / SCHENGEN, ALL COUNTRIES of the WORLD except USA, RUSSIA		
Сервисная компания по полису / Assistance: ООО "Европ Ассистанс СНГ" (Europ Assistance СНГ)		
Дата оформления полиса / Date of issue 17.09.2018		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.	120 000 €
Стоматологическая помощь / Emergency dental pain relief	5.2.2.	250 €
Транспортные расходы / Transport expenses	5.3.1.	120 000 €
Возвращение детей и присмотр за детьми / Return home of children	5.3.2.	8 000 €
Визит родственника или третьего лица / Family visit	5.3.3.	8 000 €
Проживание в гостинице до возможной транспортировки / Hotel fees until transportation	5.3.6.	2 000 €
Поисково-спасательные работы / Emergency search & rescue	5.3.4.	12 000 €
Оплата срочных сообщений / Message relay	5.4.	300 €
Услуги переводчика / Interpreter	5.3.5.	200 €
Утрата документов / Lost or stolen document	13.1.	400 €
Утрата багажа / Lost Baggage	8.1.1.	Не включено / Excluded
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	9.1.	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	8.1.2.	Не включено / Excluded
Досрочное возвращение / Travel interruption	10.1.2.	Не включено / Excluded
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.	Не включено / Excluded
Спортивное оборудование / Sport Equipment	8.1.3.	Не включено / Excluded
Ски-пасс / Лавина / Skipass / Avalanche /	12.1.	Не включено / Excluded
Активные виды спорта / Active sport	5.2.-5.3.	Не включено / Excluded
Страховая премия / Premium	29.7 €	2374.58 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, за исключением страховой премии по следующим рискам: медицинская помощь, стоматологическая помощь, медицинская транспортировка, посмертная репатриация. 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, за исключением страховой премии по рискам: медицинская помощь, стоматологическая помощь, медицинская

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Полис заключается путем вручения его Страхователю. Направление Полиса посредством сетей электросвязи по адресу электронной почты/номеру, указанному в письменном либо устном заявлении на страхование, является надлежащим вручением Полиса. При этом Страховщик и Страхователь вправе при любой возникшей необходимости воспроизвести Полис страхования на бумажный носитель.

На основании ст. 435, 438 ГК РФ согласием Страхователя заключить Полис страхования на предложенных Страховщиком условиях (акцептом) считается уплата страховой премии. Заключая Полис и оплачивая страховую премию Страхователь подтверждает, что Полис, Условия страхования Страхователем получены, с их условиями Страхователь ознакомлен, согласен и обязуется их исполнять.

транспортировка, посмертная репатриация, вправе удерживать 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 (четырнадцати) 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.

От Страховщика:
 И.О. Генерального директора
 ООО СК «Сбербанк страхование» Д.В. Попов



ДЕКЛАРАЦИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ

Настоящим, 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 **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, дистансном 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 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).

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

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).

Я даю согласие на поручение обработки, передачу персональных данных:

- страховому агенту* и/или брокеру* в части сбора и предоставления их ООО СК «Сбербанк страхование» в целях принятия решения о заключении (в том числе оценки страхового риска), исполнения, изменения, прекращения договора страхования; - третьему лицу* в целях контроля и оценки качества обслуживания; по вопросам оказания страховых услуг ООО СК «Сбербанк страхование»; - третьему лицу* в целях оказания услуг технической поддержки корпоративных учетных систем ООО СК «Сбербанк страхование»; - третьему лицу* в целях принятия ООО СК «Сбербанк страхование» решения о заключении (в том числе оценки страховых рисков), заключения, изменения, прекращения договора страхования, в том числе, принятия решения по страховому событию; Я 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 **вышеназванных целей при их возникновении**.

Поручаю ООО СК «Сбербанк страхование» представлять ПАО Сбербанк указанную в абзаце выше информацию. Я уведомлен(а) о необходимости незамедлительно сообщать ООО СК «Сбербанк страхование» об изменении персональных данных с предоставлением подтверждающих документов. 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. 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.


Д.В. Попов (на основании доверенности)

* 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