

**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		
Прудникова Мария Владимировна		Телефон / Telephone number
Застрахованные лица / Insured persons		Дата рождения / Date of birth Insured
PRUDNIKOVA MARIIA		13.12.1974
Срок страхования / Period	с / from 23.06.2019	по / to 14.07.2019
		Количество дней / days 22
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 15.06.2019		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, помертная репатриация / Medical expenses, Transportation to hospital & evacuation, Repatriation costs	5.2.	35 000 €
Стоматологическая помощь / Emergency dental pain relief	5.2.2.	150 €
Транспортные расходы / Transport expenses	5.3.1.	2 000 €
Возвращение детей и присмотр за детьми / Return home of children	5.3.2.	2 000 €
Визит родственника или третьего лица / Family visit	5.3.3.	2 000 €
Проживание в гостинице до возможной транспортировки / Hotel fees until transportation	5.3.6.	500 €
Поисково-спасательные работы / Emergency search & rescue	5.3.4.	3 000 €
Оплата срочных сообщений / Message relay	5.4.	100 €
Услуги переводчика / Interpreter	5.3.5.	200 €
Утрата документов / Lost or stolen document	13.1	100 €
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.	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 / Лимит возмещения / Compensation limits 50 € за 1 день / per day	12.1.	Не включено / Excluded
Активные виды спорта / Active sport	5.2.- 5.3.	Не включено / Excluded
Страховая премия / Premium	16.72 €	1215.53 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 (четырнадцать) 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, помертная репатриация. В случае отказа Страхователя от Полиса в течение 14 (четырнадцать) 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 транспортировка, помертная репатриация, 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 (четырнадцать) 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.

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.

Закрывая Полис и оплачивая страховую премию Страхователь подтверждает, что Полис, Условия страхования Страхователем получены, с их условиями Страхователь ознакомлен, согласен и обязуется их исполнять.

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



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 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 (регистрация), 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 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).

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» предоставлять 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.

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

Д.В. Попов
(на основании Устава)



* 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