

**ПОЛИС СТРАХОВАНИЯ ВЫЕЗЖАЮЩИХ ЗА ПРЕДЕЛЫ ПОСТОЯННОГО МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА
TRAVEL INSURANCE POLICY**
№ 004WS9141007112 от 03.03.2021

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, утвержденных приказом от №294 от 17.12.2019 (далее — Условия страхования).

Страховщик / Insurance Company
ООО СК «Сбербанк страхование» / Insurance company "Sberbank insurance" LLC www.sberbankins.ru **8 800 555 555 7**
 121170 г. Москва, ул. Поклонная, дом 3, корп. 1, 1 этаж, пом. 3 / 3, kor.1, 1st floor, room 3, Poklonnaya St., 121170, Moscow.
 Режим работы: понедельник-пятница 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	Иванов Иван Иванович	Телефон / Telephone number	+79255858881
------------------------------------	----------------------	-----------------------------------	--------------

Застрахованные лица / Insured persons	Дата рождения / Date of birth	Застрахованные лица / Insured persons	Дата рождения / Date of birth
IVANOV IVAN	30.03.2000		

Срок страхования / Period	с / from 08.03.2021	по / to 29.03.2021	Количество дней / days 7
----------------------------------	----------------------------	---------------------------	---------------------------------

Территория / Territory:	Шенген и страны Совета Европы, кроме РФ / SCHENGEN & COUNCIL of EUROPE member states, except RUSSIA
--------------------------------	--

Сервисная компания по полису / Assistance	ООО «Европ Ассистанс СНГ» (Europ Assistance СНГ).
--	---

Дата оформления полиса / Date of issue	03.03.2021	Место выдачи полиса / Place of issue	Moscow
---	------------	---	--------

Страховые риски / Risks	Пункты условий / Conditions	Страховая сумма на человека / Insured Sum per person
Медицинская помощь, включая лечение COVID-19, медицинская транспортировка, посмертная репатриация / Medical expenses, including treatment of COVID-19, Transportation to hospital & evacuation, Repatriation costs	5.2.1. – 5.2.3.	60 000 EUR
Экстренная стоматологическая помощь / Emergency dental pain relief	5.2.4.	200 EUR
Транспортные расходы / Transport expenses	5.3.1.	4 000 EUR
Возвращение детей и присмотр за детьми / Return home of children	5.3.2.	4 000 EUR
Визит родственника или третьего лица / Family visit	5.3.3.	4 000 EUR
Проживание в гостинице до возможной транспортировки / Hotel fees until transportation	5.3.6.	1 000 EUR
Поисково-спасательные работы / Emergency search & rescue	5.3.4.	6 000 EUR
Оплата срочных сообщений / Message relay	5.4.	200 EUR
Услуги переводчика / Interpreter	5.3.5.	200 EUR
Утрата документов / Lost or stolen document	13.1	200 EUR
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 более чем на 6 часов / Baggage delay more than 6 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 300 EUR	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 / Ski-pass / Avalanche	12.1.	Не включено / Excluded
Расширение «Активные виды спорта» / Active sport		Не включено / Excluded
Страховая премия / Premium	7,35 EUR	658,30 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.

Датой заключения полиса является дата уплаты 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 уплаченную 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 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, направление Страховщиком Полиса на указанный страхователем адрес электронной почты является надлежащим способом его вручения. Страхователь вправе при любой возникшей необходимости воспроизвести Полис на бумажный носитель. Страхователь вправе отказаться от заключения настоящего Полиса с использованием графического воспроизведения подписи и печати Страховщика.

ОТ СТРАХОВЩИКА:
Генеральный директор
ООО СК «Сбербанк страхование»



М.Ю. Волков
 (на основании Устава)

ДЕКЛАРАЦИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ

Уплачивая страховую премию по полису я:

- 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» (121170 г. Москва, ул. Поклонная, дом 3, корп. 1, 1 этаж, пом. 3), ПАО Сбербанк (117997, г. Москва, ул. Вавилова, д. 19) и АО «Интеркомп» (121357, г. Москва, ул. Вереysкая, д. 29, стр. 33, комната 27) с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, а именно осуществлять следующие действия - сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение своих 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 полиса; взаимодействия с ассистанскими компаниями (сервисными компаниями)¹ в рамках исполнения полиса. Обработка персональных данных будет осуществляться ООО СК «Сбербанк страхование» и третьими лицами* исключительно в составе, необходимом для достижения вышеназванных целей при их возникновении.

Данное согласие дано на срок действия полиса и на последующие 5 (пять) лет после окончания срока действия полиса 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), в 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 участие в маркетинговых, рекламных акциях ООО СК «Сбербанк страхование» (121170 г. Москва, ул. Поклонная, дом 3, корп. 1, 1 этаж, пом. 3), 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 ООО СК «Сбербанк страхование» (121170 г. Москва, ул. Поклонная, дом 3, корп. 1, 1 этаж, пом. 3) и ПАО Сбербанк (117997, г. Москва, ул. Вавилова, д. 19) рекламных, информационных и индивидуальных предложений и материалов об услугах ООО СК «Сбербанк страхование» (121170 г. Москва, ул. Поклонная, дом 3, корп. 1, 1 этаж, пом. 3), ПАО Сбербанк (117997, г. Москва, ул. Вавилова, д. 19), ООО «СБЕРЛОГИСТИКА» (Российская Федерация, 119334, г. Москва, ул. Вавилова, д. 24, корп. 1, пом. XXIX, ком. 3), ООО «СБЕРБАНК-ТЕЛЕКОМ» (Российская

¹Перечень 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

Федерация, 117997, г. Москва, ул. Вавилова, д. 19), ООО «СИТИ-МОБИЛ» (Российская Федерация, 117393, г. Москва, ул. Архитектора Власова, д. 55), ООО «БИЗОН» (Российская Федерация, 105066, г. Москва, ул. Ольховская, д. 4, корп. 2, офис 515), осуществление коммуникаций с использованием следующих каналов связи: телефонный звонок, голосовое сообщение, SMS-оповещение, push-уведомления, мессенджеры WhatsApp, Viber, Telegram, электронная почта;

- подтверждаю, что Полис и Условия страхования ему вручены, условия страхования, изложенные в Полисе и Условиях страхования ему разъяснены до заключения Полиса и понятны, с условиями страхования он согласен.

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 (лимита 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 уплаты страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии;
- 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 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 согласие на использование факсимильного воспроизведения подписи и печати Страховщика на Полисе с помощью средств механического или иного копирования, электронно-цифровой подписи либо иного аналога собственноручной подписи, а также подтверждаю, что проинформирован о том, что вправе отказаться от заключения настоящего Полиса с использованием графического воспроизведения подписи и печати Страховщика.

При заключении, исполнении, изменении и расторжении Полиса, Страховщик и Страхователь принимают на себя обязательство не осуществлять действий, квалифицируемых применимым законодательством как «коррупция», а также иных действий (бездействий), нарушающих требования применимого законодательства, применимых норм международного права в области противодействия коррупции». Термин «коррупция» понимается в значении, определенном в статье 1 Федерального закона от 25.12.2008 № 273-ФЗ «О противодействии коррупции».

Подтверждаю, что ознакомлен и согласен с тем, что территорией страхования не являются территория и страны, указанные в п.п. 4.1.1, 4.1.2 Условий страхования.

ОТ СТРАХОВЩИКА:

Генеральный директор

ООО СК «Сбербанк страхование»

(на основании Устава)



М.Ю. Волков