

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

№ _____ от _____

Настоящий полис удостоверяет факт заключения договора страхования лиц, выезжающих за пределы постоянного места жительства, между Страховщиком ООО СК «Сбербанк страхование» и Страхователем на Условиях онлайн-страхования, выезжающих за пределы постоянного места жительства, утвержденных приказом от 27.01.2021 г. № 16 (далее – Условия страхования).

Страховщик / Insurance Company ООО СК «Сбербанк страхование» / Insurance company "Sberbank insurance" LLC <https://sber.insure>
8 800 555 555 7. 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 12.10.2020 бессрочно.

Страхователь / Policyholder		Телефон / Telephone number	
------------------------------------	--	-----------------------------------	--

Застрахованные лица / Insured persons	Дата рождения / Date of birth	Застрахованные лица / Insured persons	Дата рождения / Date of birth
--	--------------------------------------	--	--------------------------------------

--	--	--	--

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

Территория / Territory:	
--------------------------------	--

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

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

Страховые риски / Risks	Пункты условий / Conditions	Страховая сумма на человека / Insured Sum per person
--------------------------------	------------------------------------	---

По настоящему полису Страховщик возмещает непредвиденные расходы Страхователя / Застрахованного лица в результате наступления страховых случаев, предусмотренных разделом «Страховые риски».		
--	--	--

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	
--	-------------	--

Экстренная стоматологическая помощь / Emergency dental pain relief	5.2.4	
--	-------	--

Транспортные расходы / Transport expenses	5.3.1	
---	-------	--

Возвращение детей и присмотр за детьми / Return home of children	5.3.2	
--	-------	--

Визит родственника или третьего лица / Family visit	5.3.3	
---	-------	--

Проживание в гостинице до возможной транспортировки / Hotel fees until transportation	5.3.6	
---	-------	--

Поисково-спасательные работы / Emergency search & rescue	5.3.4	
--	-------	--

Оплата срочных сообщений / Message relay	5.4	
--	-----	--

Услуги переводчика / Interpreter	5.3.5	
----------------------------------	-------	--

Утрата документов / Lost or stolen document	13.1	
---	------	--

Утрата багажа / Lost Baggage Лимит возмещения / Compensation limits ___ EUR/USD за 1 место багажа / per item	8.1.1	
--	-------	--

Задержка рейса, начиная с 5-го часа, но не более чем за 8 часов / Flight delay, payment after 5 hours, but not more than 8 hours Сумма возмещения / Compensation sum ___ EUR/USD за 1 час задержки / per hour	9.1	
---	-----	--

Задержка багажа более чем на 6 часов / Baggage delay more than 6 hours Сумма возмещения / Compensation sum ___ EUR/USD за 1 кг багажа / per 1 kg	8.1.2	
--	-------	--

Досрочное возвращение / Travel interruption	10.1.2	
---	--------	--

Отмена поездки / Travel Abandonment	10.1.1	
-------------------------------------	--------	--

Юридическая помощь / Legal Expenses	11.1	
-------------------------------------	------	--

Гражданская ответственность / Personal Liability Франшиза / deductible 300 EUR/USD	7.1	
--	-----	--

Страхование от несчастного случая / Personal accident	6.1	
---	-----	--

Спортивное оборудование / Sport Equipment		
---	--	--

Лимит возмещения / Compensation limits ___ EUR/USD за 1 единицу оборудования / per item	8.1.3	
---	-------	--

Ски-пасс / Лавина / Ski-pass / Avalanche Лимит возмещения / Compensation limits ___ EUR/USD за 1 день / per day	12.1	
---	------	--

Активные виды спорта / Active sport	14.1.5	Включено/included
-------------------------------------	--------	-------------------

Страховая премия / Premium	EUR/USD	руб.
-----------------------------------	----------------	-------------

ОТ СТРАХОВЩИКА:

Генеральный директор
ООО СК «Сбербанк страхование»
(на основании Устава)




М.Ю. Волков

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; по Viber и Telegram: +79036711296; Греция: +302897041777.**

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.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Настоящий полис, составленный в виде электронного документа и подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением требований Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи», считается заключенным и вступает в силу на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии. Страхователь – физическое лицо уплачивает страховую премию после ознакомления с условиями, содержащимися в полисе и Условиях страхования, подтверждая тем самым свое согласие заключить полис на предложенных Страховщиком условиях. Закрывая полис и уплачивая страховую премию, Страхователь подтверждает, что полис и Условия страхования им получены, с их условиями Страхователь ознакомлен и согласен.

ДЕКЛАРАЦИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ

Уплачивая страховую премию по полису я:

- в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152 – ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие, а также подтверждаю согласие Застрахованного лица на обработку (автоматизированную, неавтоматизированную, смешанную) ООО СК «Сбербанк страхование» (121170, г. Москва, ул. Поклонная, д. 3, корп.1, 1 этаж, пом.3), ПАО Сбербанк (117997, г. Москва, ул. Вавилова, д. 19), АО «Интеркомп» (121357, г. Москва, ул. Вере́йская, д. 29, стр. 33, этаж 4, комната 27) собственных персональных данных (в том числе биометрических персональных данных, включая фотоизображение), указанных в полисе, а именно осуществлять следующие действия – сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение, подтверждение), передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, трансграничную передачу, уничтожение указанных персональных данных, включая данные о состоянии здоровья, указанных в настоящем полисе и иных документах, представленных при его заключении, в целях надлежащего исполнения полиса, участия в маркетинговых, рекламных акциях ООО СК «Сбербанк страхование», ПАО Сбербанк и исследованиях с информационным сопровождением, в том числе посредством направления СМС-/голосовых сообщений по почте, по электронной почте или с использованием иных средств электросвязи, а также на проверку достоверности предоставленных персональных данных в общедоступных источниках персональных данных. Подтверждаю также свое согласие на запрос и получение сведений, касающихся заявленного события, обладающего признаками страхового случая, у третьих лиц, включая МВД России, МЧС России, прокуратуру или иные компетентные органы власти, организации/учреждения/юридические лица, а также страховые компании, ПАО Сбербанк с целью выяснения обстоятельств наступления заявленного события, осуществления иных действий для исполнения настоящего полиса;

- 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) в рамках исполнения полиса. Обработка персональных данных будет осуществляться ООО СК «Сбербанк страхование» и третьими лицами¹ исключительно в составе, необходимом для достижения вышеназванных целей при их возникновении.

Данные согласия даны на срок действия полиса и на последующие 5 (пять) лет после окончания срока действия полиса и могут быть отозваны посредством направления в ООО СК «Сбербанк страхование» Страхователем соответствующего письменного уведомления.

- даю свое согласие, а также подтверждаю согласие Застрахованного лица, на предоставление в ООО СК «Сбербанк страхование» любыми медицинскими организациями (лечебно-профилактическими учреждениями, учреждениями здравоохранения особого типа), у которых проходил лечение, находился или находится под наблюдением, сведений о факте обращения за оказанием медицинской помощи, о состоянии здоровья и диагнозе (прогнозе), иных сведений, полученных при медицинском обследовании и лечении, от иных органов/организаций/учреждений, располагающих такой информацией, а также даю свое согласие и подтверждаю получение согласия Застрахованного лица на получение ООО СК «Сбербанк страхование» сведений, в том числе составляющих врачебную тайну в любом виде, в любой форме (в том числе в форме справок, актов, заключений, результатов обследований).

По запросу Страховщика Страхователь обязуется в течение 3 (трех) рабочих дней предоставить письменное согласие Застрахованного лица на получение Страховщиком сведений, указанных в настоящем пункте полиса;

- даю согласие на участие в маркетинговых, рекламных акциях ООО СК «Сбербанк страхование» (121170, г. Москва, ул. Поклонная, д. 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, д. 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, д. 3, корп. 1, 1 этаж, пом. 3), ПАО Сбербанк (117997, г. Москва, ул. Вавилова, д. 19), ООО СБЕРЛОГИСТИКА (119334, г. Москва, ул. Вавилова, д. 24, корп. 1, пом. ХХІХ, ком. 3), ООО СБЕРБАНК-ТЕЛЕКОМ (117997, г. Москва, ул. Вавилова, д. 19), ООО Сити-Мобил (117997, г. Москва, ул. Архитектора Власова, 55), ООО БИЗОН (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 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 предоставить 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 уплаченной Страхователем 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 телефона², 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 до заключения полиса ознакомлен с ключевым информационным документом по страхованию лиц, выезжающих за пределы постоянного места жительства.

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 подтверждает, 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 настоящего полиса Стороны принимают на себя обязательство не осуществлять действий, квалифицируемых применимым законодательством как «коррупция»³, а также иных действий (бездействий), нарушающих требования применимого законодательства, применимых норм международного права в области противодействия коррупции.

ОТ СТРАХОВЩИКА:
Генеральный директор
ООО СК «Сбербанк страхование»
(на основании Устава)



М.Ю. Волков

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ Сертификат (№ сертификата ЭЦП) Владелец (ФИО владельца ЭЦП) Действителен с (срок с) по (срок по) Дата подписания (дата и время подписания)

¹ Перечень третьих лиц, брокеров, агентов, ассистанских компаний (сервисных компаний) с указанием наименования/фамилии, имени, отчества и адреса размещен на сайте ООО СК «Сбербанк страхование» <https://sber.insure>.

² Для получения информации от Страховщика, в том числе юридически значимых сообщений по номеру мобильного телефона.

³ Термин «коррупция» понимается в значении, определенном в статье 1 Федерального закона от 25.12.2008 № 273-ФЗ «О противодействии коррупции».