

**ПОЛИС ПУТЕШЕСТВЕННИКА / Travel Insurance Policy**

№ ППП-4AAA-НННННН/ГГ

|   |                                  |  |                     |          |            |
|---|----------------------------------|--|---------------------|----------|------------|
| Страхователь<br>Policyholder                  | Test Test                        |  | Паспорт<br>Passport |          |            |
| Адрес регистрации<br>Address                  |                                  |  |                     |          |            |
| Дата выписки<br>Issue date                    | 25.01.2017                       | Период страхования с<br>Insurance period from  | 26.01.2017          | по<br>to | 31.01.2017 |
| Программа страхования<br>Insurance Scheme     | A-3                              | Страна пребывания<br>Country of temporary stay | ITALY, SCHENGEN     |          |            |
| Территория страхования<br>Insurance Territory | Италия, Шенген / ITALY, SCHENGEN |  |                     |          |            |

| Застрахованные лица / (Фамилия и имя)<br>The Insured persons / (Last name, Name) | Дата рождения<br>Date of birth | Страховая сумма по программе<br>Sum insured according to the program | Тариф (%)<br>Tariff (%) | Страховая премия |
|--|--------------------------------|--|-------------------------|------------------|
| TEST TEST  | 12.12.1980                     | 50 000,00 EUR  | 0.012%                  | 6,00 EUR         |
| -----  | -----                          | -----  | -----                   | -----            |
| -----  | -----                          | -----  | -----                   | -----            |
| -----  | -----                          | -----  | -----                   | -----            |

Дополнительные условия  
Additional provisions

Не используется/None

| Дополнительные Страховые риски<br>Additional Risk Insured | Код<br>Code | Страховая сумма на одного<br>Застрахованного<br>Sum insured per insured person | Общая страховая<br>сумма<br>Total sum insured | Тариф(%)<br>Tariff (%) | Дополнительная страховая премия<br>Additional insurance premium |
|---|-------------|--|---|------------------------|---|
| несчастный случай   | -----       | -----  | -----   | -----                  | -----   |
| отмена поездки  | -----       | -----  | -----   | -----                  | -----   |
| прерывание поездки  | -----       | -----  | -----   | -----                  | -----   |
| задержка авиарейса  | -----       | -----  | -----   | -----                  | -----   |
| ГО перед третьими лицами                                  | -----       | -----  | -----   | -----                  | -----   |
| потеря или похищение документов                           | -----       | -----  | -----   | -----                  | -----   |
| гибель, утрата, повреждение багажа                        | -----       | -----  | -----   | -----                  | -----   |
| юридическая помощь  | -----       | -----  | -----   | -----                  | -----   |

Общая премия уплачена в размере  
Total premium paid

381,74 руб.

Безусловная франшиза  
Deductible

Отсутствует/None

**Особые условия:** 1. Страхователь подтверждает, что Застрахованный на день заключения Полиса не является инвалидом I или II группы, в т.ч. работающим, «ребенком-инвалидом», не состоит на учете в психоневрологическом или наркологическом диспансере, не страдает психическими расстройствами, а также не находится за пределами Страны (Региона) постоянного проживания. Страхователь уведомлен о том, что наличие у Застрахованного инвалидности и перечисленных выше состояний на момент заключения Полиса являются обстоятельствами, имеющими существенное значение для определения степени риска, и требующими уплаты дополнительной страховой премии. В случае если на момент заключения настоящего Полиса Страхователь / Застрахованный знал о наличии у него указанных выше состояний (в том числе инвалидности I или II группы) и не сообщил об этом Страховщику, настоящий Полис в отношении такого Застрахованного будет признан недействительным с момента его заключения.

2. Страхователь дает согласие Страховщику на обработку (в том числе сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, извлечение, использование, распространение, предоставление, доступ, передачу (в том числе трансграничную), обезличивание, блокирование и уничтожение) всех предоставленных Страховщику при заключении Договора страхования (дополнительного соглашения к нему) персональных данных в целях заключения и исполнения Договора страхования, а также в целях реализации сторонами своих прав по Договору страхования, в частности, в целях получения Страховщиком неуплаченной в установленные сроки страховой премии (взносов). Страхователь соглашается с тем, что Страховщиком будут использованы следующие способы обработки персональных данных: автоматизированная, неавтоматизированная, смешанная. Данное согласие дается Страхователем бессрочно и может быть отозвано в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного письменного уведомления. Страхователь также подтверждает, что на момент заключения Договора страхования (дополнительного соглашения к нему) все Застрахованные лица, Выгодоприобретатели, а также иные лица, указанные в Договоре страхования (при их наличии), проинформированы и дали согласие на передачу их персональных данных Страховщику с целью заключения и исполнения Договора страхования, включая получение ими информации о наименовании и адресе Страховщика, цели и правовом основании обработки персональных данных, информации о предполагаемых пользователях персональных данных, а также что Страхователь проинформировал указанных в Договоре лиц обо всех правах и обязанностях субъекта персональных данных, предусмотренных Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных». Страхователь обязуется довести до сведения указанных в Договоре лиц информацию, указанную в памятке об обработке персональных данных. Информация о наименовании и/или ФИО и адресах уполномоченных лиц, осуществляющих обработку персональных данных по поручению Страховщика (помимо информации о страховом агенте или брокере, указанном в Договоре страхования и/или который принял участие при заключении Договора страхования), размещена на официальном сайте страховщика : www.absolutins.ru. Указанная информация может время от времени обновляться.

3. Страхователь во исполнение требований Федерального закона от 07.08.2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» обязуется предоставить Страховщику по его запросу документы и сведения для проведения идентификации Страхователя, его представителя, выгодоприобретателя, бенефициарного владельца, а также в случае необходимости обновления данных сведений.

Договор страхования (Полис) заключен в соответствии с «Правилами комплексного страхования граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства» ООО «Абсолют Страхование» от 07.04.2016 г. (далее - Правила страхования). Страхователь Правила страхования и «Особые условия страхования» (Приложение №1 к настоящему Полису) на руки получил и согласен им следовать. С использованием факсимильного воспроизведения подписи и печати Страховщика согласен. Согласие Страхователя на обработку персональных данных, а также получение на руки Правил страхования и Особых условий страхования, являющихся неотъемлемой частью Полиса, и ознакомление с ними до заключения настоящего Полиса подтверждается путем оплаты Страхователем страховой премии по настоящему Полису.

При необходимости Страхователь / Застрахованный может получить полную информацию о Страховщике, продуктах страхования, условиях Правил страхования на официальном сайте www.absolutins.ru

Страховщик/Insurer:

Руденко Д.Ф.

**При заболевании или несчастном случае, прежде чем предпринять какие-либо действия, ВАМ НЕОБХОДИМО:**

- Связаться с Сервисной компанией по нижеуказанным телефонам.
- При обращении в Сервисную компанию просьба сообщить:
  - Фамилию, имя, номер и срок действия страхового Полиса;
  - Ваше местонахождение и номер контактного телефона;
  - Дать краткое описание возникшей проблемы.
- Расходы, понесенные без согласования со Страховщиком, возмещению не подлежат.
- При самостоятельной оплате ранее согласованных со страховщиком медицинских услуг Страхователь (Застрахованный) должен в письменном виде заявить об этом Страховщику по возвращению из путешествия и предоставить все необходимые документы, подтверждающие факт наступления страхового случая.
- Пожалуйста! Найдите время ознакомиться с Правилами страхования граждан, выезжающих за границу.

**Телефоны Сервисного центра / Assistance Company contacts:**

Все страны мира (включая Россию и СНГ) / Worldwide including Russia & CIS  
**EUROP ASSISTANCE tel.: +7 (495) 787 21 78 Viber: +7 (903) 671 12 96 WhatsApp: +7 (903) 671 12 96**

Страховая компания ООО «Абсолют Страхование» желает Вам крепкого здоровья и приятной поездки!

