

<b>Страхователь Policyholder</b>	Переверзева Наталья Игоревна			<b>Страховщик Insurer</b>	ООО «Компания Банковского Страхования» Bancassurance Company, LLC		
<b>Дата выдачи Issue date</b>	12.08.2015	<b>Срок страхования с* Insurance period from</b>	16.08.2015	<b>по to</b>	31.08.2015	<b>дней days</b>	1
<b>Территория страхования Insurance Territory</b>	T-1 - Worldwide, except USA, Canada, Japan, Australia, Caribbean and Russia		<b>Страна пребывания Country of temporary stay</b>	Italy, Schengen		<b>Валюта Договора страхования Currency of the policy</b>	EUR
<b>Застрахованные лица / (Фамилия и Имя) The Insured persons / (Last name, Name)</b>			<b>Дата рождения Date of birth</b>	<b>Программа и Страховая сумма на каждое Застрахованное лицо Program code and insured perso</b> (Полный перечень страховых рисков указан в Программе страхования, которая является неотъемлемой частью настоящего Полиса Full range of insurance risks specified in the insurance program, which is an integral part of this policy)			
Aaa Ddd			12.12.1999	Медицинские и иные расходы Medical and other expenses			TC-1 30000
--			--	Страхование отмены поездки			--
--			--	Страхование отмены и прерывания поездки			--
--			--	Страхование прерывания поездки			--
--			--	Страхование багажа			--
<b>Дополнительные риски Additional risks</b>			-		<b>Франшиза Deductible</b>	Безусловная	Условная
<b>Общая премия Total premium</b>			39.02	<b>RUB</b>	уплачена	М.П.	<b>СТРАХОВЩИК</b>



Настоящий Договор страхования заключается в письменной форме путем выдачи Страховщиком Страхователю страхового Полиса.

Стороны пришли к соглашению об использовании факсимильной подписи и печати Страховщика. Оплата Страхователем страховой премии является подтверждением того, что Страхователь с условиями Договора страхования и Правил страхования граждан, выезжающих за границу, ООО «Компания Банковского Страхования» от «29» декабря 2012 года (далее — Правила страхования), ознакомлен, их понял и согласен на заключение Договора страхования на указанных в нем и Правилах страхования условиях, а также подтверждением получения Правил страхования.

Страхование осуществляется в соответствии с Правилами страхования. Если в Договоре страхования не указано иное, то по умолчанию валюта Договора страхования — доллары США. Страховая премия, установленная в иностранной валюте, уплачивается в рублях по курсу ЦБ РФ на день платежа. Правила страхования и Программа страхования являются неотъемлемой частью настоящего Договора страхования.

Оплачивая настоящий Полис, я, являясь Страхователем, даю ООО «Компания Банковского Страхования» (107023, г. Москва, Малая Семеновская ул., д.9, стр.1, этаж 2) свое согласие на обработку (в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, распространение, передачу (включая трансграничную передачу), обезличивание, блокирование и уничтожение) моих персональных данных. Такое согласие дается мной:

- на обработку персональных данных любым способом, в том числе как с использованием средств автоматизации (включая программное обеспечение), так и без использования средств автоматизации (с использованием различных материальных носителей, включая бумажные носители);
  - в отношении любой информации, относящейся ко мне, полученной как от меня, так и от третьих лиц, включая: фамилию, имя, отчество, данные документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, дату рождения, пол, адрес места жительства, адрес места пребывания, семейное положение, номера контактных телефонов и адрес электронной почты, в том числе на обработку специальных категорий персональных данных, в частности данных, касающихся состояния моего здоровья и данных составляющих врачебную тайну;
  - для цели заключения и исполнения настоящего Полиса, продвижения продуктов (услуг) Страховщика на рынке, равно как продвижения совместных продуктов Страховщика и третьих лиц и продуктов (товаров, работ, услуг, результатов интеллектуальной деятельности) третьих лиц — партнеров Страховщика;
  - на весь срок моей жизни, при этом я понимаю, что я могу отозвать свое согласие посредством направления Страховщику письменного уведомления.
- Также я даю согласие на получение от Страховщика рекламы продуктов Страховщика, совместных продуктов Страховщика и третьих лиц, в том числе по сетям электросвязи (включая телефонную связь), допускаю участие в опросах, проводимых с целью повышения качества предоставляемых мне услуг.
- Я подтверждаю, что аналогичное вышеуказанным условиям согласие лиц, указанных мной в качестве застрахованных на обработку их персональных данных, мной получено в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных».

\* при условии оплаты страховой премии в полном объеме до 00:00 часов

### ПАМЯТКА ЗАСТРАХОВАННОГО

**ООО «Компания Банковского Страхования» выражает Вам свое почтение и благодарит Вас за выбор нашей страховой компании. 24 часа в день, 7 дней в неделю мы делаем все возможное, чтобы при обращении наших клиентов мы могли предоставить качественную и своевременную помощь по всему миру.**

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

1. Связаться с сервисной компанией по нижеуказанным телефонам.
2. 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.
3. При самостоятельной оплате ранее согласованных со страховщиком медицинских услуг Страхователь (Застрахованное лицо) должен в письменном виде заявить об этом Страховщику по возвращению из путешествия и предоставить все необходимые документы, подтверждающие факт наступления страхового случая.
4. Расходы, понесенные без согласования со Страховщиком, возмещению не подлежат.
5. Пожалуйста! Найдите время и ознакомьтесь с Особыми условиями страхования и Правилами страхования граждан, выезжающих за границу ([www.cbins.ru](http://www.cbins.ru)).

**Телефоны Сервисной компании +7 (495) 989-11-20**

**Dear Doctor,**

If the Insured person has Bancassurance Company Ltd. international insurance policy and he is admitted to your clinic or hospital as an outpatient or inpatient, so the Assistance Company must be immediately notified. Please dial one of the following numbers in order to verify coverage and arrange direct payment of medical expenses.

**Please submit the following information to the Assistance Company:**

- Insured's full name, number and validity of the Policy;
- The place and telephone number the Insured can be reached;
- A brief description of the problem and nature of assistance required.

**Assistance Company contacts: +7 (495) 989-11-20**

**ООО «Компания Банковского Страхования» желает Вам крепкого здоровья и приятной поездки!**