|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ООО РСО «ЕВРОИНС» +7 (495) 926-5155. Лицензия/License С № 395477**  **214000, г. Смоленск, ул. Глинки, д. 7, пом. 9** | | | Настоящий полис удостоверяет факт заключения договора страхования между ООО РСО «ЕВРОИНС» и страхователем на условиях “Правил комплексного страхования граждан, выезжающих с места постоянного проживания” от 15.05.2013. | | | |
| http://www.euro-ins.ru/skins/acb/menu/logo.png | | **МЕЖДУНАРОДНЫЙ СТРАХОВОЙ ПОЛИС**  **INTERNATIONAL INSURANCE POLICY**  Номер полиса / Policy number **ВЗР000091И** | | |  | |
|  | |  | | |  | |
| ­Страхователь / Policyholder | **BOBROV OLEG** | | | Срок страхования / Period of insurance | | **01.07.2012 – 20.07.2012** |
|  |  | | |  | |  |
| Адрес / Address | **Москва, ул. Победы, д.1, кв.1** | | | Количество дней / Days of insurance | | **20** |
|  |  | | |  | |  |
| Телефон / Phone number | **+7 925 0000001** | | | Территория страхования / Valid in: | | **Shengen** |
|  |  | | |  | |  |
| Список застрахованных / List of Insured: | | | | Программа страхования: | | **1** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Фамилия, Имя  Surname, First name | Дата рождения  Date of birth | | Паспорт  Passport | | Страховые риски  Insurance Risks | Дополнительные риски | | Страховая сумма  Sum Insured |
| 1 | **BOBROV OLEG** | 12.12.1970 | | 71 7442048 | | Medical expenses | ---------------------- | | **30 000 EUR** |
| 2 | **BOBROVA OLGA** | 20.06.1985 | | 72 5772077 | | Medical expenses | Спорт / Sport | | **50 000 EUR** |
| 3 | ------------------------------------------------ |  | |  | |  |  | |  |
| 4 | ------------------------------------------------ |  | |  | |  |  | |  |
| 5 | ------------------------------------------------ |  | |  | |  |  | |  |
|  | **Страховая премия \*/ Insurance Premium: 600.80 руб.** | | | | | | |  | |
| Настоящим в порядке ч. 2 ст. 434 ГК РФ подтверждаю достижение соглашения сторон о признании договора страхования заключенным в письменной форме посредством электронной связи. Действуя от своего имени и в своем интересе как страхователь, подтверждаю, что надлежащим образом ознакомлен и согласен с текстом и условиями «Правил комплексного страхования граждан, выезжающих с места постоянного проживания», утв. 15.05.2013 г., адрес в Интернете: http://euro-ins.ru/files/pravila\_vzr.doc, в подтверждение чего заключаю настоящий договор, текст указанных правил страхования получил. Руководствуясь ч. 2 ст. 160 ГК РФ, подтверждаю достижение соглашения сторон о допустимости использования факсимильного воспроизведения подписей и оттисков печатей с помощью средств копирования. В соответствии с ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ предоставляю свое согласие на обработку персональных данных, включая все операции с персональными данными, предусмотренные п. 3 ст. 3 Закона. | | | | | | | |
| Подпись Страхователя /  Signature of Policyholder | | |  | | Подпись представителя Страховщика / Signature of Insurer | | |
| Дата и место выдачи / Date and place of issue: | | | **20.03.2012 Smolensk** | |  | | |
| \* Оплачена единовременно. Факт оплаты страховой премии Страхователем является подтверждением согласия с условиями договора | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dear Doctor**, The Holder of this Traveler’s Health insurance. Policy is covered by SMILE Assistance. Before providing medical help please contact our 24-hour Alarm Center in **Moscow,** tel.: +7 (495) 560 48 81 or the nearest SMILE Assistance office listed in the policy | | |
| **ВНИМАНИЕ!** Если во время вашей поездки вы заболеете или с Вами произойдет несчастный случай, вам необходимо ОБЯЗАТЕЛЬНО связаться с оператором круглосуточного диспетчерского центра сервисной компании наиболее удобным для Вас способом с сервисной компанией **по телефонам: Тел: +7 (495) 560 48 81, Факс: +7 (495) 225 85 00** | | |
| **Ваш звонок или факс примет русскоговорящий оператор, которому необходимо сообщить:**  - Имя и фамилию Застрахованного  - Название страховой компании  - Номер страхового полиса  - Ваше местонахождение  - Номер контактного телефона для обратной связи  - Описание обстоятельств и характер требуемой помощи  **ВНИМАНИЕ!** Если во время поездки Вы самостоятельно обратились за медицинской помощью, Страховщик вправе ограничить страховую выплату суммой не превышающей 200 у.е. в валюте договора страхования согласно п. 14.7 правил страхования. | | |
| *Полный список региональных представительств сервисной компании SMILE Assistance* | | |
| УКРАИНА Тел: +380 44 287 88 70  АВСТРИЯ Тел:  +43 1 227 87 146 Факс: +43 1 227 87 200   ФРАНЦИЯ Тел: +33 1 74 31 10 41 Факс: +33 1 74 31 10 00  ГЕРМАНИЯ Тел: +49 (0) 221 5694 475 Факс: +49 (0) 221 5694 200  ИТАЛИЯ Тел:  +39 026 467 26 77 Факс: +39 026 467 24 00  ИСПАНИЯ Тел : +34 93 306 34 75 Факс: +34 93 306 34 99 | ЕГИПЕТ  Тел:  +20 22 461 88 21 Факс: +20 22 461 85 01  ИЗРАИЛЬ  Тел:  + 972 3 754 12 76 Факс: +972 3 754 11 00  ГРЕЦИЯ Тел: +30 210 727 92 12 Факс: +30 210 727 92 00  США  Тел: +1 567 26 26 000 Факс: +1 305 913 13 01  ТАЙЛАНД Тел : +66 2 625 31 77  Факс: +66 2 625 30 00  ТУРЦИЯ  Тел: +90 312 295 62 43 Факс: +90 312 295 62 00 | БОЛГАРИЯ  Тел: +359 2 805 73 15  ЛИТВА  Тел:+370 605 442 20  ЧЕХИЯ  Тел: + 420 222 191 960  Факс: +420 222 191 505  ПОЛЬША  Тел: +48 22 490 67 56    ВЕЛИКОБРИТАНИЯ  Тел: + 44 20 351 944 94    РУМЫНИЯ  Тел: +40 31 780 00 97    СЛОВАКИЯ  Тел: +421 2 330 026 13 |
| **Основной телефон для связи с застрахованными +7 (495) 560 48 81**  Также выше представлены номера операторов местных телефонных линий с переадресацией на наш контактный центр. Переадресация проходит через все указанные номера телефонов, кроме России, Украины, Литвы, Латвии, Польши. В этих странах у нас физические офисы. | | |