



Страховщик: ООО «ЕВРОИНС»
Лицензия ЦБ РФ СИ №3954 от 07.07.2015
ИНН 7714312079, тел.: 8 495 926-51-55
214000, г. Смоленск, ул. Глинки, д. 7, пом. 9

СТРАХОВОЙ ПОЛИС ЛСП № 0000584/093/20
TRAVEL INSURANCE POLICY

Дата оформления
12.10.2020 13:15

Настоящий Страховой Полис удостоверяет факт заключения договора добровольного комбинированного страхования путешественников на "Условиях договора добровольного комбинированного страхования путешественников" (далее - Условия страхования), которые являются неотъемлемой частью настоящего Страхового Полиса.

СТРАХОВАТЕЛЬ/THE POLICYHOLDER Фамилия, имя (полное наименование организации) name, family name (full company name)	паспорт (ИНН организации) passport (INN of company)	дата рождения date of birth	адрес, телефон, факс address, fax, phone
test	-- 1234867987	12.06.1980	RF, SAINT-PETERSBURG

ЗАСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА/THE INSURED PERSONES					
Фамилия, имя name, family name	дата рождения date of birth	паспорт passport	Фамилия, имя name, family name	дата рождения date of birth	паспорт passport
TEST	12.06.1980	-- 1234867987			

СТРАХОВЫЕ РИСКИ/INSURANCE RISKS	СТРАХОВАЯ ПРОГРАММА INSURANCE PROGRAM	СТРАХОВАЯ СУММА INSURANCE SUM	СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ INSURANCE PREMIUM
1. МЕДИЦИНСКИЕ И ИНЫЕ ЭКСТРЕННЫЕ РАСХОДЫ MEDICAL AND OTHER EMERGENCY EXPENSES	A	50 000 EUR per person	495,31 RUR
2. УТРАТА БАГАЖА LOSS OF LUGGAGE		Количество мест	RUR
3. НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ AN ACCIDENT		per person	RUR
4. ГРАЖДАНСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ CIVIL LIABILITY		per person	RUR
5. ОТМЕНА ПОЕЗДКИ TRAVEL CANCELTION			RUR
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ РИСК ADDITIONAL RISK		ОБЩАЯ ПРЕМИЯ TOTAL PREMIUM	495,31 RUR
СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ (РИСКИ 1,2,3,4) INSURANCE PERIOD (RISKS 1,2,3,4)	С FROM 26.10.2020	ПО TILL 31.10.2020	КОЛИЧЕСТВО ДНЕЙ(РИСКИ 1,2,3,4) NUMBER OF DAYS (RISKS 1,2,3,4)
ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ (РИСКИ 1,2,3,4) TERRITORY OF COVERAGE (RISKS 1,2,3,4)	ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ / TERRITORY OF COVERAGE		

КОНТАКТЫ КРУГЛОСУТОЧНОГО ДИСПЕТЧЕРСКОГО ЦЕНТРА СЕРВИСНОЙ КОМПАНИИ "БАЛТ АССИСТАНС"
 Телефон/phone: +7 495 134 00 35; +7 401 260 52 74 Skype: baltassistans; e-mail: claim@calltravel.eu
 Номер для связи посредством SMS: +7 909 776 51 97 Факс/Fax: +7 401 260 52 54

ВНИМАНИЮ ЗАСТРАХОВАННОГО! Для получения экстренной медицинской помощи Вам необходимо: связаться с круглосуточным Центром Сервисной компании по телефону, посредством SMS или через сайт, указанным выше. Сообщить следующую информацию: фамилию, имя, номер и срок действия Страхового Полиса, программу страхования, название Страховщика, причину обращения за помощью; местонахождение (страна, город); код и номер телефона, по которому Сервисная компания может с Вами связаться.

Медицинская помощь при заболеваниях, вызванных COVID - 19, покрывается по настоящему Договору страхования / Medical care for diseases caused by COVID - 19 is covered under the rules of this Policy.

При самостоятельной оплате медицинских услуг, которые должны быть предварительно согласованы с Сервисной компанией, получите медицинское заключение, которое должно содержать подробный перечень оказанным услуг, диагноз, а также документ подтверждающий оплату этих услуг, оригиналы выписанных врачом рецептов и кассовый чек на приобретение данных препаратов. По возвращении из путешествия для получения возмещения Вы должны в письменном виде заявить об этом Страховщику и предоставить оригиналы данных документов.

Собираясь в дорогу, будьте предусмотрительны, если у Вас имеется какое-либо хроническое заболевание и Вы постоянно пользуетесь медикаментами, необходимо иметь их с собой в поездке, так же как лекарства от головной боли, простуды, расстройства желудка, дезинфицирующие средства.

Стороны договорились о допустимости использования факсимильного воспроизведения подписей и печатей Сторон. Настоящий Страховой Полис, удостоверенный факсимильной подписью и печатью Страховщика, считается заключенным и вступает в силу с момента оплаты страховой премии Страхователем. Страхователь оплачивает страховую премию после проверки данных, указанных в Страховом полисе и ознакомления с Условиями страхования. Принятие и оплата Страхователем настоящего Страхового полиса в соответствии со ст.940 ГК РФ подтверждает, что Страхователь проверил правильность данных, указанных в Страховом полисе и Условия страхования получил, ознакомлен и согласен.



(на основании Доверенности № 50/091/2019 от 29.12.2018)



Страховщик: ООО «ЕВРОИНС»
Лицензия ЦБ РФ СИ №3954 от 07.07.2015
ИНН 7714312079, тел.: 8 495 926-51-55
214000, г. Смоленск, ул. Глинки, д. 7, пом. 9

СТРАХОВОЙ ПОЛИС ЛСП № 0000584/093/20
TRAVEL INSURANCE POLICY

Дата оформления
12.10.2020 13:15

Настоящий Страховой Полис удостоверяет факт заключения договора добровольного комбинированного страхования путешественников на "Условиях договора добровольного комбинированного страхования путешественников" (далее - Условия страхования), которые являются неотъемлемой частью настоящего Страхового Полиса.

СТРАХОВАТЕЛЬ/THE POLICYHOLDER Фамилия, имя (полное наименование организации) name, family name (full company name)	паспорт (ИНН организации) passport (INN of company)	дата рождения date of birth	адрес, телефон, факс address, fax, phone
test	-- 1234867987	12.06.1980	RF, SAINT-PETERSBURG

ЗАСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА/THE INSURED PERSONES					
Фамилия, имя name, family name	дата рождения date of birth	паспорт passport	Фамилия, имя name, family name	дата рождения date of birth	паспорт passport
TEST	12.06.1980	-- 1234867987			

СТРАХОВЫЕ РИСКИ/INSURANCE RISKS	СТРАХОВАЯ ПРОГРАММА INSURANCE PROGRAM	СТРАХОВАЯ СУММА INSURANCE SUM	СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ INSURANCE PREMIUM
1. МЕДИЦИНСКИЕ И ИНЫЕ ЭКСТРЕННЫЕ РАСХОДЫ MEDICAL AND OTHER EMERGENCY EXPENSES	A	50 000 EUR per person	495,31 RUR
2. УТРАТА БАГАЖА LOSS OF LUGGAGE		Количество мест	RUR
3. НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ AN ACCIDENT		per person	RUR
4. ГРАЖДАНСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ CIVIL LIABILITY		per person	RUR
5. ОТМЕНА ПОЕЗДКИ TRAVEL CANCELTION			RUR
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ РИСК ADDITIONAL RISK		ОБЩАЯ ПРЕМИЯ TOTAL PREMIUM	495,31 RUR
СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ (РИСКИ 1,2,3,4) INSURANCE PERIOD (RISKS 1,2,3,4)	С FROM 26.10.2020	ПО TILL 31.10.2020	КОЛИЧЕСТВО ДНЕЙ(РИСКИ 1,2,3,4) NUMBER OF DAYS (RISKS 1,2,3,4)
ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ (РИСКИ 1,2,3,4) TERRITORY OF COVERAGE (RISKS 1,2,3,4)	ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ / TERRITORY OF COVERAGE		

Стороны договорились о допустимости использования факсимильного воспроизведения подписей и печатей Сторон. Настоящий Страховой Полис, удостоверенный факсимильной подписью и печатью Страховщика, считается заключенным и вступает в силу с момента оплаты страховой премии Страхователем. Страхователь оплачивает страховую премию после проверки данных, указанных в Страховом полисе и ознакомления с Условиями страхования. Принятие и оплата Страхователем настоящего Страхового полиса в соответствии со ст.940 ГК РФ подтверждает, что Страхователь проверил правильность данных, указанных в Страховом полисе и Условия страхования получил, ознакомлен и согласен.



(на основании Доверенности № 50/091/2019 от 29.12.2018)

КОНСУЛЬТСТВО