

Договір комплексного страхування подорожуючих для Держателів банківських платіжних карток
Travel Insurance Policy for Bank Cardholders

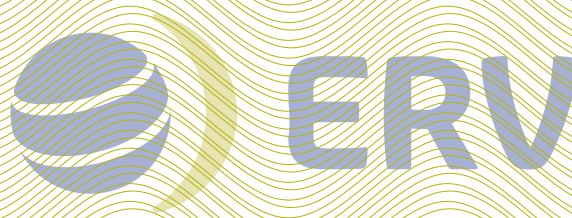
Умови Договору викладені у Додатку 1, Програма страхування – у Додатку 2, які є невід'ємними частинами цього Договору.
Terms of the Agreement are set out in Appendix 1, Insurance Program - in Appendix 2 and form an integral part of the Agreement.

Страховий захист надається відповідно до Рішення Ради ЄС 2004/17/ЄГ щодо медичного страхування подорожуючих осіб.
Insurance coverage provided under the EU Council Decision 2004/17/EG on travel medical insurance.



You travel. We care.

СЕРІЯ/SERIES CH №



ОРИГІНАЛ/ORIGINAL

Підпис страховика • Signature of Insurer	_____
Підпис/Signature	_____ М.П./Stamp
Підпис страховальника • Signature of Insured	_____
З умовами цього Договору, Додатками 1, 2 та Правилами страхування, зазначеними в ньому, зазначені, згоді згідно з умовами Договору та Додатками 1, 2.	
Підпис/Signature	_____
Дата укладання договору • Date of policy conclusion	_____ Рік /Year

ПрАТ "ЄТС", вул. Спаська, 5, 04071, Київ, Україна; тел. +38(044)220-00-07 • PJSC "European travel insurance", 5, Spas'ka str., 04071, Kyiv, Ukraine; tel. +38(044)220-00-07

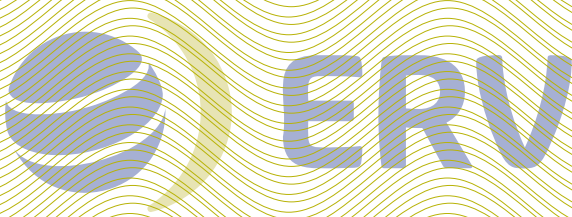
Додаток 2 до Договору комплексного страхування подорожуючих для Держателів банківських платіжних карток
Annex 2 to the Travel Insurance Policy for Bank Cardholders



You travel. We care.

СЕРІЯ/SERIES CH №

Програма страхування / Insurance program



ОРИГІНАЛ/ORIGINAL

Підпис страховика • Signature of Insurer	_____
Підпис/Signature	_____ М.П./Stamp
Підпис страховальника • Signature of Insured	_____
З умовами цього Договору, Додатками 1, 2 та Правилами страхування, зазначеними в ньому, зазначені, згоді згідно з умовами Договору та Додатками 1, 2.	
Підпис/Signature	_____
Дата укладання договору • Date of policy conclusion	_____ Рік /Year

ПрАТ "ЄТС", вул. Спаська, 5, 04071, Київ, Україна; тел. +38(044)220-00-07 • PJSC "European travel insurance", 5, Spas'ka str., 04071, Kyiv, Ukraine; tel. +38(044)220-00-07

Я, _____,
(народився(лася) « ____ » _____ 19 ____ року, паспорт серії ____ № _____, місце проживання: _____)

шляхом підписання цього тексту, надаю згоду та дозвіл ПрАТ «Європейське туристичне страхування» (далі – «Товариство»), як Володільцю бази персональних даних, а також обраним Товариством Розпорядникам, на обробку моїх персональних даних, а саме на здійснення будь-яких дій, пов'язаних зі збором моїх персональних даних, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптацією, зміною, відновленням, використанням, розповсюдженням (передачею), знищенням будь-яких відомостей про мене у відповідності до Закону України «Про захист персональних даних» (далі – Закон), іншими нормативно-правовими актами, внутрішніми нормативними актами Товариства в картотеках, за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи або будь-яким іншим дозволеним способом баз персональних даних: «Клієнти», «Моніторинг», «Фотоспостереження» (в залежності від виконання страхової діяльності) з метою виконання договірних та господарських відносин у сфері страхування, охорони здоров'я, статистики, ведення архівної справи, адміністративно-правових відносин, податкових відносин, відносин з фінансового моніторингу та відносин у сфері бухгалтерського обліку, з метою підготовки документів в рамках зазначених відносин, а також внутрішніх документів Товариства з питань реалізації визначених законодавством прав та обов'язків Товариства в сфері таких відносин.

Також цим надаю згоду у відповідності до ст. 21 Закону на передачу моїх персональних даних Товариством третім особам без повідомлення мене про таку передачу, та погоджуюсь з тим, що Товариство має право надавати доступ до моїх персональних даних без моєї згоди третім особам, якщо надання такого доступу необхідно для виконання договірних відносин між мною та Товариством, або такий доступ передбачений чинним законодавством.

Згода надана на обробку та розповсюдження моїх персональних даних на невизначений строк, але не більший, ніж необхідний у відповідності до їх законного призначення.

З метою збору та обробки персональних даних, базами персональних даних та правами, визначених ч. 2 ст. 8 Закону **ознайомлений(а)**, повідомлення про включення персональних даних у вищезазначені бази **отримав(ла)**.

« ____ » _____ р., _____ (_____)

« ____ » _____ р., _____ (_____)

« ____ » _____ р., _____ (_____)

« ____ » _____ р., _____ (_____)

« ____ » _____ р., _____ (_____)

Дії при настанні страхової події:

При настанні страхової події, **що потребує медичної та іншої допомоги**, передбаченої умовами цього Договору, **Вам необхідно зв'язатися з асистуючою компанією Euro-Center Holding SE за номером телефону:**

+ 420-221-860-656
або по e-mail: help@euro-center.com

та повідомити: прізвище та ім'я Застрахованої особи, номер контактного телефону, місцезнаходження (країну, місто, готель і т.п.), номер Договору страхування, повідомити що відбулося і яка потрібна допомога.

При цьому вартість наданої допомоги буде сплачена Страховиком, у відповідності з умовами Договору страхування.

Якщо Ви не маєте можливості зв'язатися з асистуючою компанією або ситуація вимагає прийняття негайного рішення, пов'язаного з необхідністю отримання термінової медичної або іншої допомоги, Вам необхідно самостійно звернутися в найближчу медичну установу або до лікаря по допомогу та:

- Обов'язково пред'явити Договір страхування (страховий поліс);
- Оплатити, якщо буде потрібно, надані невідкладні медичні послуги;
- Одержати в лікаря чеки, квитанції и т.п. належним чином оформлені документи (див. пункт 2.6.4), що підтверджують факт захворювання й суму медичних витрат;
- Подати Страховику заяву про виплату страхового відшкодування й документи, передбачені Договором страхування.

УВАГА!

- **У разі стаціонарного лікування** необхідно повідомити асистуючу компанію Страховика та узгодити витрати протягом 48 годин з моменту госпіталізації, до моменту оплати послуг;
- **Якщо вартість лікування (амбулаторного чи стаціонарного) перевищує 1000 євро** – письмово узгодити витрати з Асистуючою компанією або Страховиком до початку лікування. Під письмовим узгодженням слід розуміти надсилання повідомлення про лікування та кошторису на лікування засобами інтернет, факсом або іншими засобами електронної передачі інформації та отримання від асистуючої компанії або Страховика письмової згоди (гарантії) тим самим шляхом.

У всіх інших випадках повідомте нам про настання страхової події **не пізніше 30 календарних днів з моменту її настання**, при цьому:

- у випадку нанесення шкоди життю та здоров'ю або майну третіх осіб – не пізніше 3-х календарних днів з дати настання події;
- у разі скасування або переривання подорожі – не пізніше 24 годин з моменту настання події, не враховуючи вихідні та святкові дні;
- у разі знищення, пошкодження або запізнення багажу – не пізніше 24 годин з моменту настання події, не враховуючи вихідні та святкові дні.

за номером телефону **+38 (044) 220 00 07**
(у робочі дні з 09.00 до 18.00 за Київським часом, в п'ятницю – до 17.00)
або по e-mail: info@erv.ua