

**Настоящий ПОЛИС № \_\_\_\_\_ является договором страхования и заключен на основании программы «Стандарт+»**

1. Страховщик: Общество с ограниченной ответственностью "Международная страховая компания "АйАйСи" (ООО"МСК"АйАйСи"), ОГРН 1030800756568, ИНН 4207046506, КПП 772001001 Адрес: 111141, г. Москва, вн.тер.г. Муниципальный округ Новогиреево, ул. Кусковская, д. 20А, помещ. 1/1. <http://www.ii-company.ru>; email: [info@ii-company.ru](mailto:info@ii-company.ru); лицензия СЛ № 3128 от 25.07.2023; р/с 40701810100000000098 в «СДМ-БАНК» (ПАО) г. Москва БИК 044525685 к/с 30101810845250000685

Страхователь		Телефон	
Гражданство		Дата рожд	Пол
Адрес регистрации			Дата
Документ		Серия	Номер
Выдан			Дата

2.

Застрахованный		Телефон	
Гражданство		Дата рожд	Пол
Адрес регистрации			Дата
Документ			Номер
Выдан			Дата

3.

4. Страховой случай: Обращение Застрахованного лица или его представителя в течение срока действия договора страхования в страховую компанию за получением первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме в случаях заболеваний и состояний, входящих согласно части шестой статьи 35 ФЗ от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в базовую программу обязательного медицинского страхования.

5. Программы страхования	Страховая сумма (руб)	Страховая премия (руб)
Первичная медико-санитарная помощь и специализированная медицинская помощь в неотложной форме	40 000	
Амбулаторная помощь	20 000	
Репатриация	40 000	
Общая страховая сумма	100 000	
	<b>Итого к оплате</b>	

6. **Срок страхования:** с 00 часов 00 минут 29.06.2021 по 28.06.2022 Настоящий полис вступает в силу после оплаты страховой премии в полном объёме. При неуплате Страхователем общей страховой премии в указанном размере и сроке, настоящий полис считается не вступившим в силу и страховщик не несёт по нему никаких обязательств.

7. **Территория страхования:** РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

8. В случае непредоставления Страховщиком информации о договоре добровольного страхования, предоставления неполной или недостоверной информации Застрахованное лицо может отказаться от договора страхования. Возврату подлежит 100% страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование

9. С ключевым информационным документом (КИД) ознакомлен(а) и КИД мною получен.

**ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО ИЛИ ЕГО ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ДОЛЖНЫ ОБРАТИТЬСЯ В КРУГЛОСУТОЧНУЮ ДИСПЕТЧЕРСКУЮ СЛУЖБУ СТРАХОВЩИКА ПО ТЕЛЕФОНАМ +7 (495) 105-90-36, 8 800 550 0981**

В соответствии с п.2 ст.160 ГК РФ стороны договорились об использовании факсимильного воспроизведения подписи и печати Страховщика.

С условиями страхования ознакомлен и согласен.

Подписант действует на основании  
Доверенности № 29/2024 от 01.07.2024 г.

Даю разрешение на обработку и хранение персональных данных.  
С порядком обработки и хранения персональных данных, установленным ФЗ от 27.07.2006г. №152-ФЗ  
«О персональных данных» ознакомлен.

Согласен с применением со стороны Страховщика факсимиле.

Страхователь \_\_\_\_\_ М.П.

дата оформления полиса 28.06.2021