

Настоящий Полис 197744 удостоверяет факт заключения договора страхования между ООО «МСК «АйАйСи» далее – Страховщик и Страхователем на основании «Правил добровольного медицинского страхования мигрантов» в редакции, действующей на дату заключения Договора (далее – Правила страхования), устного заявления Страхователя и в соответствии с программой страхования ДМС «Трудовой Мигрант(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; лицензия СЛ № 3128 от 25.07.2023; п/с 40701810100000000098 в «СДМ-БАНК» (ПАО) г. Москва БИК 044525685 к/с 30101810845250000685

2.

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

3.

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

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)
Амбулаторно-поликлиническая помощь	100 000	
Стационарная медицинская помощь		

6. Срок страхования с 00 часов 00 минут дня следующего за датой выписки настоящего полиса, но не ранее дня вступления в силу разрешения на работу или патента и не ранее дня оплаты страховой премии в полном объеме до 24 часов 00 минут по .

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.

10. Оплачивая страховую премию и принимая настоящий Полис, Страхователь подтверждает факт заключения Договора страхования на предложенных Страховщиком условиях; Правила страхования получил, с Правилами страхования, правами на получение информации и условиями настоящего Договора, а также информацией, подлежащей раскрытию Страховщиком ознакомлен и согласен. Сведения, указанные в настоящем Договоре страхования(полисе) подтверждаю. С Правилами страхования можно ознакомиться на сайте Страховщика: www.ii-company.ru в разделе «Правила страхования»

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 ст160 ГК РФ стороны договорились об использовании факсимильного воспроизведения подписи и печати Страховщика.

Подписант действует на основании
Доверенности №07/2026 от 29.06.2026

С условиями страхования ознакомлен и согласен
Даю разрешение на обработку персональных данных.
С порядком обработки персональных данных, установленным
ФЗ от 27.07.2006г.№152-ФЗ О персональных данных» ознакомлен.

Страхователь_____ М.П.
дата оформления полиса _____