

|   |             |   |            |  |                      |              |    |
|---|-------------|---|------------|--|----------------------|--------------|----|
| Страхователь<br>Policyholder              | IVANOV IVAN |   |            |  |                      |              |    |
| Дата выдачи<br>Issue date                 | 23.10.2012  | Период страхования с<br>Insurance period from | 24.10.2012 | по<br>to                                       | 06.11.2012           | дней<br>days | 14 |
| Программа страхования<br>Insurance Scheme | N-3         | Территория страхования<br>Insurance Territory | T-II       | Страна пребывания<br>Country of temporary stay | WORLDWIDE + SCHENGEN |              |    |

| Застрахованные лица / (Фамилия и имя)<br>The Insured persons / (Last name, Name) | Дата рождения<br>Date of birth | Страховая сумма на застрахованного/ Sum insured per person |   |                    |                            |                                |
|--|--------------------------------|--|---|--------------------|----------------------------|--------------------------------|
|  |                                | По Программе страхования<br>Accordinging insurance scheme  | Страхование от несчастных случаев /<br>Accident insurance | Страхование багажа | Страхование отмены поездки | Страхование прерывание поездки |
| IVANOV, IVAN   | 01.01.1994                     | 50000 USD  | 10000 USD   |                    |                            |                                |
| Страховая премия / Premium to insure   |                                | 58,06 USD  | 10,08 USD   |                    |                            |                                |

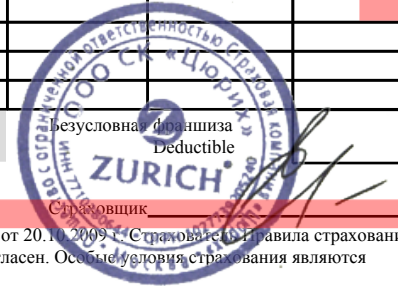
Дополнительные риски  
Additional risks

SPORT COMMENT;

Общая премия уплачена в размере  
Total premium paid

68.14 USD

2098,47 RUR



Страхование осуществляется в соответствии с «Правилами страхования граждан, выезжающих за границу» ООО СК «Цюрих» от 20.10.2009 г. Страхователь признает и соглашается с Правилами страхования на руки получил и согласен им следовать. С использованием факсимильного воспроизведения подписи и печати Страховщика согласен. Особые условия страхования являются неотъемлемой частью настоящего полиса.

Объем страхового покрытия:

| Программы страхования:                        | N-3                         |
|---|-----------------------------|
| Страховые суммы (USD)                         | 50000                       |
| Страховые риски                               | Лимит ответственности (USD) |
| Медицинская транспортировка                   | 35000                       |
| Посмертная репатриация тела                   | 15000                       |
| Экстренная стоматологическая помощь           | 150                         |
| Медицинские расходы                           | 50000                       |
| Возвращение после длительной госпитализации   | 1000                        |
| Оплата срочных сообщений                      | 100                         |
| Эвакуация детей                               | 1000                        |
| Проживание и проезд третьего лица             | 1000                        |
| Визит третьего лица                           | 1000                        |
| Досрочное возвращение Застрахованного         | 750                         |
| Временное возвращение Застрахованного         | 750                         |
| Задержка авиарейса                            | 500                         |
| Юридическая помощь                            | 1500                        |
| Потеря или похищение документов               | 150                         |
| Отмена поездки (кроме риска неполучения визы) | -                           |
| ГО перед третьими лицами                      | -                           |
| Прерывание поездки                            | -                           |
| Гибель, утрата, повреждение багажа            | -                           |

1. Связаться с Сервисной компанией по нижеуказанным телефонам.  
 2. При обращении в Сервисную компанию просьба сообщить:  
 • Фамилию, имя, номер и срок действия страхового Полиса;  
 • Ваше местонахождение и номер контактного телефона;  
 • Дать краткое описание возникшей проблемы.  
 3. При самостоятельной оплате ранее согласованных со страховщиком медицинских услуг Страхователь (Застрахованный) должен в письменном виде заявить об этом Страховщику по возвращению из путешествия и предоставить все необходимые документы, подтверждающие факт наступления страхового случая.  
 4. Расходы, понесенные без согласования со Страховщиком, возмещению не подлежат.  
 5. Пожалуйста! Найдите время ознакомиться с Особыми условиями страхования и Правилами страхования граждан, выезжающих за границу.

**Dear Doctor,**  
 If the Insured person has «Zurich» international insurance policy and he is admitted to your clinic or hospital as an outpatient or inpatient, so the Assistance Company must be immediately notified. Please dial one of the following phone numbers in order to verify coverage and arrange direct payment of medical expenses.  
**Please submit the following information to the Assistance Company:**  
 Insured's full name, number and validity of the Policy;  
 The place and telephone number the Insured can be reached;  
 A brief description of the problem and nature of assistance required

Крпwt gt<1 wt lej 'Крпwt cpeg'Ego r cplg' Nrf 0 ZURICH

Телефон: +7 495 647 927  
 Контактный телефон: +7 495 647 927  
 Контактный телефон: +7 495 647 927

Объем страхового покрытия: N-3, 50000 USD