

Шановні панове!

Будь ласка, уважно прочитайте основні умови страхування, які викладено у цьому Договорі, а за необхідності отримання медичної допомоги зателефонуйте до цілодобового сервісного центру NOVA Assistanse:

Тел./факс: +38 044 374 50 26

E-mail: office@nova-assist.net

Skype: nova_assistance; http://novasist.net

При першому зверненні необхідно вказати:

- Ім'я та прізвище, номер договору страхування і термін його дії;
- Назву страхової компанії;
- Ваше місцезнаходження та контактний телефон;
- Характер події, яка сталася з Вами;
- Яка допомога Вам потрібна.

Бажаємо Вам приятної подорожі!

Dear clients!

Please read carefully the basic provisions of your Policy, and the need for medical assistance call around the clock service NOVA Assistanse. In case of accident or sudden disease please call the 24-hour service centr NOVA Assistanse:

Tel./fax: +38 044 374 50 26

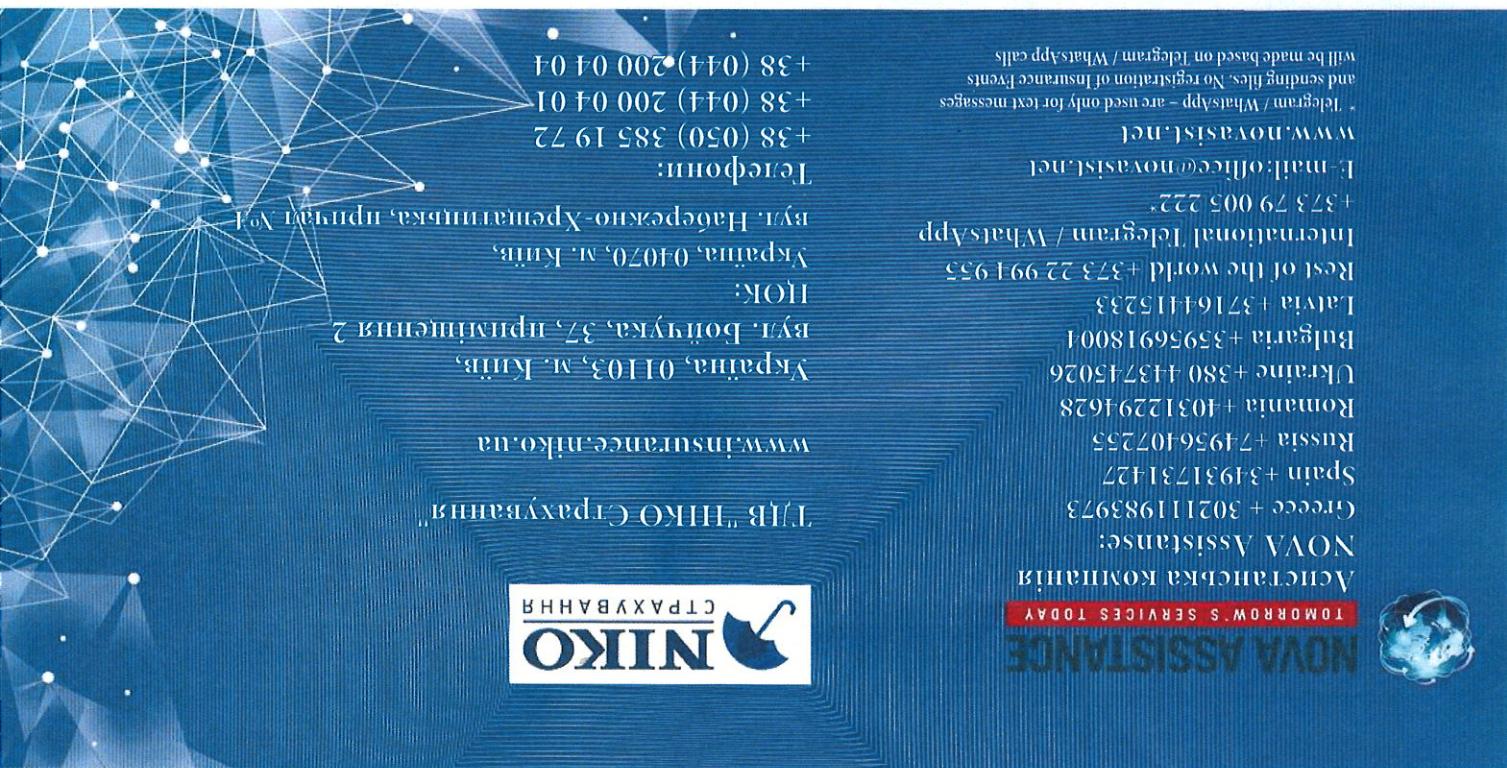
E-mail: office@nova-assist.net

Skype: nova_assistance; http://novasist.net

When the first call must specify:

- name of the Policy-holder, policy number and policy period;
- name of the Insurance Company;
- where the Policy-holder can be reached at the moment, contact telephone;
- the events that happened to you;
- do you need help.

We wish you a pleasant journey!



NOVA ASSISTANCE
TOMORROW'S SERVICES TODAY

МІЖНАРОДНИЙ ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ ПОДОРОЖЮЧИХ



МІЖНАРОДНИЙ ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ ПОДОРОЖЮЧИХ
 Розділ 1 « Особлива частина »
 Загальні умови страхування викладені у Розділі 2 «Загальна частина» (Додаток) СТ №
INTERNATIONAL TRAVEL INSURANCE POLICY
 Section 1 / Special Conditions
 General conditions of insurance terms are stated in Section 2. General conditions (see applies)



Тип договору Type of Policy	A1	Одноразова подорожка One trip	=	Багаторазова подорожка Multiple trip	X	Обмеження, днів Limitation, days																	
з From	по To																						
Страхувальник (Застрахована особа) Insurat (Insured)		Дата народж. Date of birth																					
Паспорт № Passport №																							
Додатково застраховані / Additional Insureds																							
<table border="1"> <tr> <td>Дата видачі Issue date</td> <td></td> <td colspan="6">Безумовна франшиза/ Deductible</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Місце видачі або код агента Issue Place or Agent Code</td> <td colspan="6"></td> </tr> </table> <p>У разі необхідності надання Страховику додаткової інформації про моє захворювання, я зіміню з ліквіді будь-яку відповідальність за отримання лікарської таємниці. I decline the responsibility from the doctors for keeping medical secret relevant to my disease in case additional information about my medical condition is required.</p>								Дата видачі Issue date		Безумовна франшиза/ Deductible						Місце видачі або код агента Issue Place or Agent Code							
Дата видачі Issue date		Безумовна франшиза/ Deductible																					
Місце видачі або код агента Issue Place or Agent Code																							

Адреса/Address																	
Телефон/Telephone																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">на одну осібуючу особу person</th> </tr> <tr> <th>№</th> <th>Программа страхування Insurance program</th> <th>Страхова сума Insured Sum</th> <th>Страховий платеж Premium</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Медичні витрати Medical expenses</td> <td>30 000 EUR</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Нещасний випадок Accident Insurance</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				на одну осібуючу особу person		№	Программа страхування Insurance program	Страхова сума Insured Sum	Страховий платеж Premium	1	Медичні витрати Medical expenses	30 000 EUR		2	Нещасний випадок Accident Insurance		
на одну осібуючу особу person																	
№	Программа страхування Insurance program	Страхова сума Insured Sum	Страховий платеж Premium														
1	Медичні витрати Medical expenses	30 000 EUR															
2	Нещасний випадок Accident Insurance																

Страховий зважист надається у відповідності "Рішення Ради ЄС 2004/17/EG
 відносно страхування медичних витрат подорожуючих"

Разом Total	
----------------	--

Надаю безвідмінну згоду, щодо обробки моїх персональних даних ТДВ «NIKO
 СТРАХУВАННЯ» з можливістю їх подальшої передачі третім особам з метою здійснення
 страхової діяльності. Права, які виникають внаслідок цієї згоди, мені повідомлені.

З умовами страхування ознайомленій
 Familiarized with the Insurance terms and conditions _____

Страхувальник
Insurat

Страховик
Insurer

ТДВ «NIKO Стражування»
 SLC «NIKO Insurance»
 вул. Бойчука, 9, офіс 201, м. Київ, Україна, 01103
 37 Волчківськ. ст.
 Київ, Україна, 01103
 Office № 201
 tel/fax: +38(044) 200 04 04
 +38(044) 200 04 04
 www.insurance.niko.ua

Безлімітне покриття Unlimited Coverage	-
Заняття спортом Sports	-
Робота за пайом Journeu-work	-
Зона порушення Insurance Territory	-
Європа, СНД (крім України), Крим, Балтії, Кіпр, Ізраїль, Сірия, Туреччина, Туніс, ОАЕ	X
Весь світ / Worldwide	-

