

Страхование граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства, осуществляется на основании Правил страхования граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства (Приложение к настоящему Полису), являющимися неотъемлемой частью настоящего Полиса.

<b>Полис (Договор страхования) /</b> Policy (Insurance contract)		<b>Сервисная компания /</b> Service Company		<b>ООО Глобал Вояджер Ассистанс</b>	
<b>Страхователь /</b> Insured					
<b>Адрес /</b> Address				<b>Дата выдачи</b> полиса / Date of issue	
<b>Период страхования по программам "А", "I", "J", "L" с /</b> Insurance period for programs "A", "I", "J", "L" from				<b>по /</b> to	<b>Дней /</b> Days
<b>Территория страхования /</b> Insurance territory					
<b>Застрахованные лица /</b> The Insured persons				<b>Дата рождения /</b> Date of birth	
<b>Программа страхования / Страховой риск</b> Insurance plan / Insurance risk		<b>Страховая сумма на каждого /</b> Sum insured per person		<b>Страховая премия /</b> Sum premium	
<b>A</b> Медицинские и иные расходы / Medical and other expenses		<b>50000 USD</b>		<b>4,86 USD</b>	
<b>I</b> Багаж / Luggage		<b>2000 USD</b>		<b>0,01 USD</b>	
<b>J</b> Гражданская ответственность / Legal liability		<b>10000 USD</b>		<b>0,01 USD</b>	
<b>L</b> Страхование задержки рейса / Flight delay		<b>300 USD</b>		<b>0,01 USD</b>	
<b>Код /</b> Code	<b>II</b>	<b>Вариант действия полиса /</b> Coverage option		<b>-</b>	
<b>Общие условия /</b> Special terms		<b>-</b>			
<b>Общая страховая</b> премия / Premium *		<b>-</b>			

\* Оплачена единовременно.

**Расходы Застрахованного лица по случаям заболевания COVID-19 оплачиваются в соответствии с условиями страхования, изложенными в Приложении к настоящему Полису / The Insured person's expenses in cases of COVID-19 disease are paid in accordance with the insurance conditions set out in the Appendix to this Policy.**

Ответственность Страховщика распространяется на события, наступившие в период действия договора страхования, при условии пересечения Застрахованным лицом границы РФ в целях совершения поездки на территорию страхования после даты заключения договора страхования, для договора страхования, предусматривающего многократные поездки в период действия договора страхования – при условии пересечения границы РФ в первой поездке на территорию страхования после даты заключения договора страхования.

Настоящее условие не распространяет свое действие на риск возникновения расходов из-за невозможности совершить поездку у Застрахованного лица (при условии заключения договора на случай реализации указанного риска).

#### ПАМЯТКА ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ

При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Застрахованное лицо (или его представитель) в обязательном порядке должно обратиться в call-центр Сервисной компании "Глобал Вояджер Ассистанс", работающий круглосуточно, по телефонам:

**в Москве +7 495 775 0 999;** в зарубежных странах на местный номер с любого телефона: **Армения +374 12 52 35 65; Болгария +359 2 439 44 44; Египет +20 111 433 30 38, +20 111 433 30 39; Израиль +972 23 75 21 40; Кипр +357 24 625 099; Турция +90 242 249 33 22;** в зарубежных странах на бесплатный номер с местного стационарного телефона: **Австрия 0 800 291 976; Германия 0 800 182 4065; Греция 00 800 357 129 23 00; Испания 900 993 570; Италия 800 787 235; ОАЭ 8000 357 1 2295; США 1 877 884 1627; Таиланд 00 1 800 357 1295, 00 1 800 491 1298; Финляндия 0 800 116 696, Франция 0 800 900 998; Швейцария 0 800 836 352;**

**Дополнительные средства связи: SMS-номер - +7 925 775 00 66; E-mail - info@gvassistance.com; Форма обратной связи на сайте: <https://gvassistance.com/contacts>;**

При обращении в Сервисную компанию Вам необходимо сообщить следующие данные: фамилию и имя Застрахованного лица; номер и период действия страхового полиса; описание обстоятельств произошедшего и характер требуемой помощи; местонахождение Застрахованного лица; номер контактного телефона для обратной связи с Вами (Вашим представителем) координатора Сервисной компании.

При самостоятельном обращении к врачу без звонка в Сервисную компанию Застрахованному лицу возмещаются расходы за медицинскую и медико-транспортную помощь в размере до 150 долларов США / евро (в зависимости от валюты страховой суммы) в случае признания произошедшего события страховым случаем.

Заклячая Договор страхования, Страхователь подтверждает, что: 1) до заключения Договора страхования ознакомлен с Ключевым информационным документом (КИД); 2) ознакомлен с различиями по перечню страховых рисков между положениями КИД и положениями Договора страхования, а также согласен, что в КИД указан весь возможный перечень страховых рисков, а фактический перечень застрахованных рисков согласован сторонами и указан в Договоре страхования. Страхователь подтверждает свое согласие заключить Договор страхования на условиях страхования, изложенных в настоящем Полисе, путем оплаты страховой премии и принятия настоящего Полиса. По всем вопросам, не урегулированным настоящим Полисом, стороны Договора руководствуются Правилами страхования граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства, от 11.06.2020 г. (далее - Правила страхования) и Условиями страхования граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства (далее - Условия страхования), которые прилагаются к Полису и являются его неотъемлемой частью. Страхователь, заключая настоящий Договор страхования, подтверждает, что с Условиями страхования и Правилами страхования ознакомлен, согласен и обязуется их выполнять; Полис на руки получил; уведомлен и согласен получить Правила страхования путем самостоятельного распечатывания Правил, размещенных на сайте Страховщика по адресу: <https://api.soglasie.ru/storage/managed/upload/docs/pravilavzr.pdf>; Условия страхования ему вручены; условия Договора страхования, изложенные в настоящем Полисе, в Правилах страхования и Условиях страхования, ему разъяснены и понятны, с условиями Договора страхования он согласен. Заклячая настоящий Договор страхования, Страхователь подтверждает, что с ключевым информационным документом «Страхование граждан, временно пребывающих за пределами постоянного места жительства» ознакомлен. Стороны согласны с использованием в настоящем Договоре страхования, а также в иных документах, подписываемых в процессе исполнения настоящего Договора страхования, подписи и печати Страховщика и

**Подпись представителя Страховщика /** Signature of insurer's representative

**Директор департамента андеррайтинга по личным видам страхования /**  
Director of Department of underwriting for personal types of insurance

**Ш.Д. Бузиашвили /**  
Sh.D. Buziashvili

