



Утверждено Приказом
№01-0103/2023
От 01.03.2023
Генеральный директор
О.Б. Макова

Правила добровольного страхования от несчастных случаев и страхования имущественных интересов граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства

Версия 2023 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Раздел I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	2
1. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ	2
2. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ	3
3. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ	14
4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ	15
5. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ	17
6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	18
7. СТРАХОВАЯ СУММА.....	20
8. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ.....	21
9. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ИЗМЕНЕНИЕ, ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	22
10. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ, НЕ ПОКРЫВАЕТСЯ СТРАХОВЩИКОМ	29
11. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА.....	33
12. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.....	36
13. ФОРС-МАЖОР.....	43
14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ	43
Раздел II ПОРЯДОК И РАЗМЕР СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ ПО РИСКАМ СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ (п. 4.3)	44
15. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН И ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ.....	44
16. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ.....	47
Раздел III. ПОРЯДОК И РАЗМЕР СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ ПРИ СТРАХОВАНИИ МЕДИЦИНСКИХ, МЕДИКО-ТРАНСПОРТНЫХ РАСХОДОВ.....	49
17. РАСХОДЫ, ВОЗМЕЩАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ ПО РИСКАМ СТРАХОВАНИЯ ИМУЩЕСТВЕННЫХ ИНТЕРЕСОВ ГРАЖДАН, ВЫЕЗЖАЮЩИХ ЗА ПРЕДЕЛЫ ПОСТОЯННОГО МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА (п. 4.4)	49
18. МЕДИКО-ТРАНСПОРТНЫЕ И ИНЫЕ РАСХОДЫ, ВОЗМЕЩАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ (п. 4.5)	53
19. НЕ ЯВЛЯЮТСЯ СТРАХОВЫМИ СЛУЧАЯМИ, НЕ ПРИНИМАЮТСЯ НА СТРАХОВАНИЕ И НЕ ВОЗМЕЩАЮТСЯ РАСХОДЫ	55
20. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.....	58

РАЗДЕЛ I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Настоящие Правила добровольного страхования от несчастных случаев и страхования имущественных интересов граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства (далее по тексту – Правила страхования), разработаны в соответствии с требованиями законодательных, иных правовых нормативных актов Российской Федерации для заключения договоров страхования с физическими и юридическими лицами.

1. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. На основании настоящих Правил страхования, действующего законодательства РФ, иных правовых нормативных актов РФ, Страховщик заключает договоры страхования со Страхователями от несчастных случаев и страхования имущественных интересов граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства (далее по тексту - договор означает договор страхования, если не указано иное).

1.2. Страховая выплата по рискам страхования от несчастных случаев (п. 4.3) производится Страхователю (Застрахованному лицу или Выгодоприобретателю) по договору страхования, независимо от сумм, причитающихся им по другим договорам страхования (в т.ч. других страховщиков), сумм по обязательному социальному страхованию, социальному обеспечению и в порядке возмещения вреда.

1.3. Страхователь (Застрахованное лицо), заключая договор страхования на основании настоящих Правил страхования, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» выражает Страховщику согласие на:

1.3.1. обработку своих персональных данных, содержащихся в документах, передаваемых Страховщику, в целях определения условий и заключения договора страхования, оценки риска Страховщиком, проведения маркетинговых исследований, обеспечения исполнения заключенного договора страхования;

1.3.2. предоставление информации Выгодоприобретателю об исполнении Страховщиком и/или Страхователем (Застрахованным лицом) обязательств по договору страхования, в том числе информацию об оплате и размере страховой премии (страховых взносов), размере страховой суммы, о возникновении и урегулировании претензий, наступлении/вероятности наступления страховых случаев, выплате страхового возмещения и другой имеющей отношение к заключенному договору страхования информации;

1.3.3. передачу персональных данных – сведений о себе или Застрахованном лице (в т.ч. информации о состоянии здоровья и диагнозах, составляющих врачебную тайну) Страховщику и его партнерам, в том числе с целью оказания информационно-консультационных услуг по планированию и организации лечения в медицинских учреждениях, предоставление любым лечебным учреждением или врачом Страховщику имеющейся информации о состоянии здоровья и диагнозах своего или Застрахованного лица – в соответствии со статьями 13, 19, 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.4. Обработка персональных данных осуществляется посредством сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения),

использования, распространения (в том числе передачи), обезличивания, блокирования, уничтожения (и иных действий, предусмотренных Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных») персональных данных, как на бумажных, так и на электронных носителях. Указанное в п. 1.3. настоящих Правил страхования согласие Страхователя (Застрахованного лица) действительно в течение срока действия договора страхования и далее бессрочно. Указанное согласие может быть отозвано Страхователем (Застрахованным лицом) посредством направления Страховщику соответствующего письменного заявления. Отзыв согласия в период действия договора страхования влечет за собой его досрочное прекращение.

2. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

2.1. Авторизация – установление личности Страхователя (Застрахованного лица/Выгодоприобретателя), удостоверение правомочности его обращения к Страховщику, получения услуг в Личном кабинете и/или Мобильном приложении для возможности дистанционного управления договорами страхования, услугами, совершения иных операций по договору.

2.2. Амбулаторный медицинский центр – медицинское учреждение, имеющее лицензию и обеспечивающее амбулаторное, хирургическое лечение и уход.

2.3. Больница – медицинское учреждение, которое:

- работает в соответствии с законом страны, в которой оно зарегистрировано, для обеспечения ухода и лечения больных и раненых;
- имеет диагностическое и хирургическое отделение;
- обеспечивает 24-часовой уход дипломированных медсестер;
- курируется одним или несколькими врачами.

Больницей не может считаться: акушерское отделение; отделение для выздоравливающих или отделение гериатрии в том случае, когда пациент в основном придерживается постельного режима и нуждается в уходе сиделок; санаторий, дом отдыха, дом престарелых.

2.4. Заболевание (болезнь) – это нарушение нормальной жизнедеятельности организма, возникающее в ответ на действие патогенных факторов. Началом заболевания у Застрахованного лица считается наличие плохого самочувствия или появление первичных симптомов заболевания, проявившиеся до установления диагноза врачом. Подтверждением заболевания (болезни) является установленный медицинским учреждением диагноз на основании определения существа и особенностей отклонения состояния здоровья Застрахованного лица от нормального.

2.5. Больничный лист – это листок нетрудоспособности (в том числе в электронном виде, скан-образ электронного больничного листа), который выдается застрахованным гражданам России, постоянно или временно проживающим на территории Российской Федерации иностранцам и лицам без гражданства. Это официальный медицинский, юридический и учетно-статистический документ, который удостоверяет неработоспособность человека в определенный период времени. Выдача больничных листов работниками медицинских организаций, которые имеют лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности.

В случае заболевания (травмы, отравления) учащимся образовательных учреждений начального профессионального, среднего профессионального, высшего

профессионального образования и учреждений послевузовского профессионального образования выдается выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного.

2.6. Врач, Врач-эксперт – специалист с законченным высшим медицинским образованием и имеющий должным образом зарегистрированный диплом, не являющийся родственником Застрахованного лица.

2.7. Возвращение тела (останков) – организованное Страховщиком/Сервисной компанией/туроператором/ведомственной службой государства возвращение тела (останков) в случае смерти Застрахованного лица, из страны временного пребывания в страну/местность постоянного проживания.

2.8. Выгодоприобретатель – физическое или юридическое лицо, в пользу которого заключен договор страхования, которому принадлежит право на получение страховых выплат.

Право на получение страховых выплат принадлежит Застрахованному лицу, если в договоре страхования не названо в качестве Выгодоприобретателя иное лицо. В случае смерти Застрахованного лица по Договору, в котором не назван иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица.

2.9. Госпитализация в Поездке – помещение Застрахованного лица для проведения лечения в круглосуточный стационар медицинского учреждения, имеющего все необходимые разрешения и лицензии.

При этом госпитализацией не признается:

- помещение Застрахованного лица в стационар для проведения медицинского обследования;
- проживание Застрахованного лица в клинике или санатории для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения;
- помещение Застрахованного лица в дневной стационар для прохождения лечения;
- задержание Застрахованного лица в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей.

2.10. Детские инфекции – специфические детские инфекции (ветрянка, корь, краснуха, скарлатина, коклюш, паротит, полиомиелит, пневмококковая инфекция), а также менингококковая инфекция, инфекционный мононуклеоз, дифтерия. Список инфекций полный и исчерпывающий.

2.11. Договор страхования (страховой полис) – соглашение между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с условиями которого, Страховщик обязуется компенсировать расходы, предоставить сервисные услуги либо выплатить Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) денежную сумму, при наступлении страхового случая, предусмотренного договором страхования.

2.12. Документ, удостоверяющий личность – документ, позволяющий идентифицировать Страхователя (Застрахованное лицо, Выгодоприобретателя) в соответствии с требованиями нормативных актов и законов РФ – ст. 7 Федерального закона от 07.08.2001 N 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» (с изм. и доп.); Постановление Правительства РФ от 08.07.1997 N 828 «Об утверждении Положения о паспорте гражданина Российской Федерации, образца бланка и описания паспорта гражданина Российской Федерации»; Постановление

Правительства РФ от 06.08.2015 N 813 «Об утверждении Положения о государственной системе миграционного и регистрационного учета, а также изготовления, оформления и контроля обращения документов, удостоверяющих личность». Основным документом, удостоверяющим личность гражданина РФ на территории РФ (в пределах РФ) является паспорт гражданина РФ. Документом, удостоверяющим личность иностранного гражданина на территории РФ, является паспорт иностранного гражданина или иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина. Основным документом, удостоверяющим личность лица без гражданства на территории РФ, является документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства.

2.13. **Застрахованное лицо** – физическое лицо в возрасте от 0 (ноль) лет, чьи имущественные интересы, связанные с жизнью, здоровьем и трудоспособностью, застрахованы по договору страхования.

2.14. **Застрахованная Поездка (далее - Поездка)** по рискам страхования медицинских и медико-транспортных расходов:

2.14.1. по Российской Федерации, включая или исключая территорию постоянного места жительства в административных границах, в зависимости от условий программы и/или договора страхования (страхового полиса).

2.14.2. За пределы Российской Федерации – с условием выезда с территории Российской Федерации. Поездка, подтвержденная именными транспортными документами (авиа-, ж/д-билеты, билеты на водный транспорт), документами на проживание в Поездке. В случае Поездки Застрахованного лица без именных транспортных документов, документов на проживание страховое покрытие начинает действовать на расстоянии 200 (двухсот) километров и более от административной границы места постоянного жительства и/или места регистрации Застрахованного лица в РФ.

Перемещение Застрахованного лица с целью смены места жительства не является Поездкой и не входит в страховое покрытие.

Страхование в отношении выезжающих за пределы постоянного места жительства граждан, имеющих гражданство в стране, на территорию которой совершается Поездка (за исключением территории Российской Федерации), не распространяется на территорию страны, в которой Застрахованное лицо имеет гражданство, если иное не предусмотрено Договором страхования.

2.15. **Инвалидность** – социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.

2.15.1. **Группы инвалидности**

а) Первая группа инвалидности – социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким, значительно выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящим к резко выраженному ограничению жизнедеятельности.

б) Вторая группа инвалидности – социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким, выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящая к

выраженному ограничению жизнедеятельности.

в) Третья группа инвалидности – социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким, незначительно или умеренно выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящим к нерезко или умеренно выраженному ограничению жизнедеятельности.

2.16. Иностранные граждане и/или лица без гражданства, находящиеся на территории РФ на законных основаниях, могут быть застрахованы в рамках настоящих Правил страхования только на специальных условиях, отдельно предусмотренных Договором страхования и/или Программой страхования.

2.17. Интернет-сайт - официальный сайт Страховщика.

2.18. Карантин – комплекс ограничительных административных и медико-санитарных мероприятий, проведение которых позволяет предупреждать занос и распространение карантинных (опасных) заболеваний, вводимых в отношении конкретного Застрахованного лица на основании постановлений/предписаний/документов служб медико-санитарного надзора и контроля государства с обязательным проведением анализов/тестирования на подтверждение заболевания.

Карантин вводится в отношении Застрахованных лиц с положительными анализами/тестами на опасное заболевание, не требующее стационарного лечения, в виде помещения на изоляцию (дом, квартира, гостиничный номер, каюта и пр.) либо в карантинное учреждение (обсерватор).

2.19. Лимит ответственности – установленный предельный размер страховой выплаты по страховому риску, страховому случаю или в отношении Застрахованного лица.

2.20. Личный кабинет – информационный ресурс, который размещен на официальном сайте Страховщика, позволяющий Страхователю (Застрахованному лицу) взаимодействовать со Страховщиком. Доступ Страхователя (Застрахованного лица) к Личному кабинету осуществляется посредством индивидуальной авторизации, если это предусмотрено условиями договора страхования.

2.21. Медицинские расходы – означают расходы по лечению, проводимому или предписанному квалифицированным врачом.

2.22. Мероприятие - в целях применения настоящих Правил понимаются культурно-развлекательные, концертные, театральные-зрелищные, культурно-просветительские, зрелищно-развлекательные, спортивные и иные аналогичные виды мероприятий, организованные театрами, кинотеатрами, цирками, выставочными залами, концертными залами, клубами, парками отдыха, спортивными аренами, стадионами и т.п. и проходящие на территории Российской Федерации, если иное не предусмотрено договором страхования (страховым полисом).

2.23. Мобильное приложение – программное обеспечение для мобильных и/или портативных устройств, обеспечивающее информационно-технологическое взаимодействие (включая доступ к Личному кабинету) Страхователя/Застрахованного лица.

2.24. Надлежащее уведомление – уведомление одним или несколькими способами, предусмотренными договором страхования и настоящими Правилами

страхования. Правилами страхования может быть предусмотрен любой или конкретный способ взаимодействия из указанных ниже:

1. посредством личного вручения уведомления под подпись при обращении Страхователя/Застрахованного лица/Выгодоприобретателя в офис Страховщика (представителя Страховщика) либо с использованием курьерских служб;

2. посредством направления письменного уведомления/заявления/документов почтовым отправлением через операторов АО «Почта России»:

– при уведомлении Страховщика – на официальный адрес местонахождения Страховщика или на адрес, указанный Страховщиком в договоре страхования, или на адрес для отправки корреспонденции, указанный на сайте Страховщика;

– при уведомлении Страхователя/Застрахованного лица – почтовое отправление по адресу, указанному Страхователем/Застрахованным лицом при заключении договора страхования, или в заявлении о страховом событии;

3. направление уведомлений/заявлений/документов на электронную почту Страховщика либо Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), которое подтверждается получением сообщения, доказывающего его доставку и прочтение*;

4. уведомление на сайте Страховщика, в том числе (далее по тексту – т.ч.) через Мобильное приложение или личный кабинет (на сайте Страховщика и/или Сервисной компании), или иным способом электронного взаимодействия с использованием сети интернет*;

5. SMS-уведомление на указанный в договоре страхования номер телефона мобильной связи (Страхователя и Страховщика);

6. при обращении по телефонной связи (в т.ч. по факсу) на контактные номера сторон, указанные в договоре страхования.

Страховщик устанавливает способы надлежащего уведомления в договоре страхования (страховом полисе).

*По пп. 3-4 настоящего пункта по запросу Страховщика Страхователь/Застрахованное лицо/Выгодоприобретатель обязан направить все необходимые документы в соответствии с пп. 1-2 настоящего пункта. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан хранить оригиналы всех документов в течение 6 (шести) месяцев и предоставить их по запросу Страховщику.

2.25. Неотложная медицинская помощь – помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

2.26. Несчастный случай – фактически произошедшее, внезапное, непредвиденное событие, являющееся результатом воздействия внешних причин, вследствие которого наступило расстройство здоровья Застрахованного лица, приведшее к временной или постоянной утрате трудоспособности, или к его смерти. К несчастным случаям относится воздействие следующих внешних факторов: стихийное явление природы; взрыв; ожог; обморожение; утопление; поражение электрическим током; удар молнии; солнечный удар; нападение злоумышленников; нападение животных, в том числе змей, а также укусы насекомых, приведшие к возникновению анафилактического шока либо заболеваниям; укусы животных, развитие заболеваний вследствие укуса иксодового (инфицированного) клеща (клещевой энцефалит, энцефаломиелит, боррелиоз и пр.), бешенством или столбняком вследствие укуса или ранения; падение какого-либо предмета или

самого Застрахованного лица; внезапное удушение; случайное попадание в дыхательные пути инородного тела; случайное острое отравление ядовитыми растениями, ядовитыми выделениями животных, химическими веществами (промышленными и бытовыми), лекарственными препаратами; травмы, полученные при движении средств транспорта или при их крушении, при эксплуатации и использовании машин, механизмов, оружия и инструментов иного рода; террористический акт, последствия террористического акта; причинение вреда Застрахованному лицу при взятии и нахождении в качестве заложника, а также при его освобождении представителями правоохранительных органов; иные случаи, обладающие признаками вероятности и случайности, приведшие к причинению вреда жизни и здоровью Застрахованных лиц.

Страховщик и Страхователь вправе при заключении договора страхования оговорить иной перечень событий (ограничить или расширить его), относящихся к несчастному случаю.

Не относятся к несчастным случаям любые формы острых, хронических и наследственных заболеваний, а также инфекционные и/или вирусные заболевания.

2.27. Опасные заболевания – заболевания с кодами А36, А22, А15, А00, А20, В34.2, U07.1, U07.2 (U04.9, U10.9, U10, включая последствия от этих заболеваний) в соответствии с классификацией по МКБ-10*, представляющие опасность для окружающих и требующие проведения карантинных мероприятий, включенные в перечень таких заболеваний Постановлением Правительства РФ от 01.12.2004 №715 (в редакции, действующей на момент страхового события) «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих».

** МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр)*

2.28. Период ожидания (временная франшиза) – период времени с момента вступления договора страхования в силу и до момента начала действия страхования, в течение которого происшедшие события с Застрахованным лицом не являются страховыми случаями, и Страховщик ответственность за них не несет. Данный период может быть установлен как по договору страхования в целом, так и по отдельным рискам.

Период ожидания (временная франшиза) указывается в договоре страхования (страховом полисе).

2.29. Период охлаждения – период времени, в течение которого Страхователь – физическое лицо вправе отказаться от договора страхования и получить возврат уплаченной страховой премии частично либо в полном объеме на условиях, указанных в настоящих Правилах страхования и (или) договоре страхования.

Срок периода охлаждения устанавливается нормативными документами регулятора страхового рынка, осуществляющего контроль и надзор за страховой деятельностью страховых организаций.

2.30. Период страхования поездки – продолжительность Поездки (количество дней), на время которой распространяется страховое покрытие (ответственность Страховщика) по рискам страхования имущественных интересов граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства. Договором страхования (страховым полисом) может быть предусмотрено ограничение срока действия страхового полиса внутри указанного периода (количества дней), которое

отражается в страховом полисе в отдельной графе. При этом ответственность Страховщика ограничивается этим сроком (количеством дней).

2.31. Плановая госпитализация при несчастном случае - госпитализация, проводимая по направлению лечащего врача, позволяющая подготовиться к ней как пациенту, так и медицинскому учреждению. По данному риску договором страхования устанавливается период ожидания.

2.32. Постоянная утрата трудоспособности с установлением инвалидности – ограничение жизнедеятельности, обусловленное стойким расстройством функций организма в результате несчастного случая.

2.33. Постоянная утрата профессиональной трудоспособности с установлением инвалидности – необратимая утрата Застрахованным лицом способности к определенному труду в соответствии со своей профессией, подготовкой и квалификацией, установленная в соответствии с законодательством Российской Федерации (далее – РФ) на срок не менее 1 (одного) года в период действия договора страхования.

2.34. Противоправные действия – это правонарушение и/или преступление, т.е. действие (бездействие) физического лица, за которое установлена административная и/или уголовная ответственность.

2.35. Профессиональное заболевание — заболевание, состояние, патология, возникновение, развитие и течение (включая осложнения) которых связаны исключительно с профессиональной деятельностью Застрахованного лица.

2.36. Профессиональный спорт - деятельность, целью которой является удовлетворение интересов профессиональных спортсменов, избравших спорт своей профессией, направленных на получение высших спортивных достижений и денежных вознаграждений/оплат. Профессиональный спортсмен - физическое лицо, систематически занимающееся избранным видом спорта, выступающее на спортивных соревнованиях и/или имеющее спортивный паспорт и получающий плату за участие в таких соревнованиях.

2.37. Платежный документ – кассовый чек или платежное поручение, подтверждающие осуществление оплаты за товары/услуги и пр.:

а) кассовый чек (в том числе электронный) – первичный учетный документ, сформированный в электронной форме и (или) отпечатанный с применением контрольно-кассовой техники в момент расчета между пользователем и покупателем (клиентом), содержащий сведения о расчете, подтверждающий факт его осуществления и соответствующий требованиям законодательства Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники;

б) платежное поручение – расчетный (платежный) документ, распоряжение плательщика банку перевести денежные средства со счета плательщика в этом банке на счет получателя в этом или другом банке.

2.38. Постоянное место жительства – место, в пределах административной границы населенного пункта, где гражданин постоянно проживает или имеет постоянную регистрацию.

2.39. Расходы – затраты Застрахованного лица или произведенные в пользу Застрахованного лица, подтвержденные документами, оформленными в соответствии с законодательством, связанные оплатой услуг, оказываемых третьими лицами (медицинскими учреждениями, туристическими агентствами/ операторами)

при наступлении событий, определенных настоящими Правилами страхования как страховой случай.

2.40. **Рецепт** на лекарственный препарат – медицинский документ, содержащий назначение лекарственного препарата для медицинского применения, выданный медицинским работником в целях отпуска лекарственного препарата или его изготовления и отпуска.

2.41. **Родственник** - отец/мать, отчим/мачеха, сын/дочь, в том числе дети супруга/супруги Застрахованного лица от предыдущих браков, включая усыновленных (в том числе находящихся под опекой или попечительством), родные братья и сестры, бабушки и дедушки (прабабушки и прадедушки), внуки, законные супруг или супруга, неродные отец/мать (воспитывающие или воспитавшие детей от предыдущих браков).

При обращении с заявлением по страховому событию родство подтверждается соответствующим документом (свидетельство о браке, свидетельство о рождении, справка органов ЗАГС и пр.).

К родственникам (супруг/супруга) не относятся лица, проживающие совместно, ведущие совместное хозяйство и т.п., но не находящиеся в официально зарегистрированном браке.

2.42. **Ребенок (Дети) – Застрахованное лицо** – физическое лицо в возрасте от 0 до 23 лет включительно, указанное в договоре страхования (с учетом того, что в период от 18 до 23 лет является обучающимся лицом (студентом, учащимся дневного отделения)).

Несовершеннолетним ребенком признается лицо в возрасте до 18 (восемнадцати) лет (в соответствии с Федеральным законом от 24.07.1998 №124-ФЗ (ред. от 31.07.2020) «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации».

2.43. **Сервисная компания** – специализированная организация, которая по поручению Страховщика круглосуточно обеспечивает организацию или оказывает содействие в получении услуг, предусмотренных настоящими Правилами страхования, номера телефонов которой указаны в договоре страхования (страховом полисе).

2.44. **Случайное острое отравление** – резко развивающиеся болезненные изменения и сопутствующие им защитные реакции организма, вызванные одномоментным или кратковременным поступлением в организм из внешней среды химического вещества (в т.ч. биологического происхождения), обладающего токсическими (отравляющими) свойствами (ядовитого вещества).

К ядовитым веществам относятся химические вещества, которые при введении в живой организм вызывают те или иные нарушения его функций или органические изменения, приводящие к расстройствам или прекращению жизнедеятельности.

2.45. **Самолечение** – применение лекарственных препаратов без назначения врача и в дозировках, превышающих назначенные, а также осознанный и добровольный прием Застрахованным лицом заведомо отравляющих химических веществ без назначения медицинского работника, в том числе алкоголя (алкогольные напитки, содержащие алкоголь вещества), а также наркотических средств – независимо от цели, состава принятого вещества и выраженности острого отравления или его последствий (опьянения любой степени, нарушения функции нервной, сердечно-сосудистой и других систем организма, гибели).

2.46. **Смерть (гибель)** – необратимое прекращение жизнедеятельности организма

человека.

2.47. **Спорт** - организованная по определённым правилам деятельность людей (спортсменов), состоящая в сопоставлении их физических и (или) интеллектуальных способностей, а также подготовка к этой деятельности, составная часть физической культуры, при которой основной упор делается на физическое развитие человека, укрепление его здоровья и самочувствия.

Страховщик вправе применять повышающие коэффициенты при страховании спортивных рисков в зависимости от категории и вида спорта, с отражением в договоре страхования (полисе) программы страхования по спортивным рискам:

2.47.1. **Активный отдых** – способ физически активного проведения свободного времени, не связанный с соревнованиями. К активному отдыху относятся:

- активности на море, бассейне, на территории отеля, в парках, на аттракционах, пляжные развлечения и т.п.;
- пешие прогулки, пробежки, экскурсии, туристическое сафари (без проведения охоты), катание на беговых лыжах, роликовых коньках, скейтбордах, походы, в т.ч. с участием животных (катания на животных);
- передвижение с использованием средств индивидуальной мобильности, велосипедах, мотобайках с учетом соблюдения правил дорожного движения и требований по безопасности;
- передвижения в качестве пассажира, экскурсанта на самолетах, яхтах, катерах, лодках и пр.;
- сплавы по рекам (экскурсионно-туристический рафтинг), рыбалка;
- занятия в фитнес-залах, фитнес-клубах;
- официальные спортивные мероприятия массового характера, организованные, с целью охвата и участия широких масс населения, территориальными субъектами власти или организациями;
- иные виды активного отдыха, за исключением видов, отраженных в п. 2.47.2. и 2.47.3. настоящих правил страхования.

2.47.2. **Опасный спорт** – травмоопасные виды спорта и деятельности, связанные с высокой физической активностью человека, занятия которыми требуют определенных навыков и умений. К опасному спорту относятся:

- виды спорта, связанные с постоянными и систематическими тренировками в спортивных клубах, школах, секциях, балетных и цирковых студиях и пр., участие в любых видах соревнований, организованных спортивными школами, предприятиями, организациями или группами по интересам, включая любительские соревнования разных уровней;
- горные лыжи и сноуборд по маркированным трассам, фигурное катание, конькобежный спорт;
- скоростные спуски по горным участкам местности на любых средствах передвижения (велосипед, мотобайк и пр.) по оборудованным маршрутам/трассам;
- дайвинг на глубину до 40 метров, сплавы по рекам (2-3 категории сложности), парусный спорт, пилотирование яхты, все виды серфинга и аналогичные виды спорта;
- конный спорт, треккинг на высоту до 3500 метров над уровнем моря;
- спортивная стрельба;
- за исключением видов спорта, отраженных в пп. 2.47.3.

2.47.3. **Экстремальный спорт** – спорт, связанный с высокими рисками опасности для жизни человека и/или профессиональный спорт:

- полеты на моторных и безмоторных летательных аппаратах/оборудовании, парашютный спорт;
- альпинизм, спуск в пещеры (спелеология), треккинг на высоту более 3500 метров над уровнем моря и аналогичные виды спорта;
- сплавы по рекам (выше 3 категории сложности), дайвинг на глубину более 40 метров с использованием специальных дыхательных смесей, ледовый (подледный) дайвинг;
- горные лыжи, сноуборд по немаркированным трассам, профессиональный хоккей;
- боевые единоборства и бокс на профессиональном уровне;
- скоростные спуски по горным участкам местности на любых средствах передвижения (велосипед, мотоцикл и пр.) по необорудованным маршрутам/трассам, авто- и мотогонки и тренировки по ним;
- охота (в т.ч. сафари, подводная охота), практическая и тактическая стрельба;
- спортивные мероприятия и/или соревнования по экстремальным видам спорта, и/или соревнования, проводимые профессиональными спортивными организациями, объединениями, лигами с участием профессиональных спортсменов и выплатой денежных призов и/или вознаграждений и т.д.

2.47.4. Страхование по п. 2.47.1.-2.47.3. осуществляется с учетом пп. 10.2.1.

2.47.5. В случаях, когда вид спорта не попадает ни под одну из категорий пп. 2.47.1-2.47.2, он относится к категории экстремальный спорт (2.47.3).

2.47.6. В рамках пунктов 2.47.2 и 2.47.3 понятие дайвинг включает следующие стадии:

- передвижение вплавь в снаряжении по водной поверхности, в снаряжении от места входа в воду либо от плавсредства;
- само погружение;
- нахождение на глубине;
- всплытие;
- нахождение в снаряжении на водной поверхности;
- возвращение вплавь в снаряжении по водной поверхности к месту выхода из воды либо на плавсредство.

При этом событие, происшедшее на любой из указанных стадий, считается событием вследствие дайвинга.

2.48. **Средства индивидуальной мобильности (СИМ)** - транспортное средство, имеющее одно или несколько колес (роликов), предназначенное для индивидуального передвижения человека посредством использования двигателя (двигателей) (электросамокаты, электроскейтборды, гироскутеры, сигвеи, моноколеса и иные аналогичные средства).

2.49. **Срок страхования** – период времени, установленный договором страхования, исчисляемый годами, месяцами, неделями, днями или часами, в течение которого наступление события влечет за собой обязательства Страховщика по страховой выплате.

2.50. **Срочные сообщения** – уведомления посредством телефонной, факсимильной или иной доступной связи, в том числе, и коротких текстовых сообщений.

2.51. **Страна постоянного проживания** - страна или страны, которые являются первичным или вторичным местом постоянного жительства Застрахованного лица.

2.52. **Страхователь** – дееспособное физическое лицо (российские и иностранные граждане, лица без гражданства), юридическое лицо, индивидуальный предприниматель, общественные и/или некоммерческие организации и пр.

2.53. **Страховая выплата** – денежная сумма, установленная договором страхования и выплачиваемая Страховщиком Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) при наступлении страхового случая и не превышающая размер страховой суммы.

2.54. **Страховая премия** – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования. Размер страховой премии рассчитывается на основе разработанных Страховщиком тарифов, с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

2.55. **Страховая сумма** – денежная сумма, определенная договором страхования, исходя из которой устанавливается размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

2.56. **Страховой тариф** – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

2.57. **Страховщик** – ООО РСО «ЕВРОИНС» – юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страхования и получившее лицензию в порядке, установленном Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

2.58. **Телесное повреждение (травма)** – нарушение анатомической целостности кожных покровов, тканей или органов с расстройством их функций, обусловленное воздействием различных факторов окружающей среды, а также собственными действиями Страхователя (Застрахованного лица) или действиями третьих лиц, машин и оборудования, предусмотренное Таблицами размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем (травмах) и болезнях Застрахованного лица, приведенными в Приложении 1 к настоящим Правилам страхования, произошедшее в период действия договора страхования.

2.59. **Территория страхования** – определенная в договоре страхования территория (страна, область, маршрут и т.п.), в пределах которой наступивший страховой случай в период действия договора страхования влечет за собой обязательства страховщика по страховой выплате. Договор страхования может действовать на любой территории, однозначно оговоренной Договором страхования. Территория страхования определяется в соответствии с условиями главы 5 настоящих Правил страхования, если иное не установлено договором страхования.

2.60. **Хронические заболевания** – заболевания или телесные повреждения, обладающие, как минимум, двумя из следующих характеристик:

- не имеет известных признанных способов лечения;
- может существовать в течение неопределенного периода времени;
- бывают рецидивы, или существует вероятность возникновения рецидивов;
- носит постоянный характер;
- требует паллиативного лечения;
- требует долгосрочного наблюдения, консультаций, осмотров, исследований или анализов;

Застрахованное лицо должно пройти курс реабилитации или специальное обучение для того, чтобы справиться с заболеванием.

2.61. **Эвакуация** – организованная Страховщиком/ Сервисной компанией/туроператором/ведомственной службой государства транспортировка Застрахованного лица из медицинского учреждения страны временного пребывания в страну постоянного проживания в соответствии с нормами п. 17.2.2 и 17.2.3 настоящих Правил страхования.

2.62. **Экстренная медицинская помощь** – помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента.

2.63. **Экстренная госпитализация при несчастном случае** - это госпитализация при срочной необходимости, проводимая непосредственно приемным отделением стационара (без направления) или по направлению учреждений скорой и неотложной медицинской помощи.

2.64. **Электронная подпись** - информация в электронной форме, которая присоединена к другой информации в электронной форме (подписываемой информации) или иным образом связана с такой информацией, и которая используется для определения лица, подписывающего информацию.

2.64.1. Квалифицированной электронной подписью является электронная подпись, которая соответствует следующим требованиям:

- получена в результате криптографического преобразования информации с использованием ключа электронной подписи;
- позволяет определить лицо, подписавшее электронный документ;
- позволяет обнаружить факт внесения изменений в электронный документ после момента его подписания;
- создается с использованием средств электронной подписи;
- ключ проверки электронной подписи указан в квалифицированном сертификате.

2.64.2. Простой электронной подписью является электронная подпись, которая посредством использования кодов, паролей или иных средств подтверждает факт формирования электронной подписи определенным лицом.

2.64.3. Для создания и проверки электронной подписи используются средства электронной подписи, получившие подтверждение соответствия требованиям, установленным в соответствии с Федеральным законом «Об электронной подписи» № 63-ФЗ от 06.04.2011 года.

2.65. Применяемые в настоящих Правилах страхования понятия специально пояснены соответствующими определениями в настоящей главе и далее по тексту Правил страхования. Если назначение какого-либо наименования или понятия не оговорено настоящими Правилами страхования или договором страхования (страховым полисом) и не может быть определено исходя из законодательства Российской Федерации, то такое наименование или понятие используется в своем обычном лексическом значении.

3. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования по рискам от несчастных случаев (п. 4.3. настоящих Правил страхования) являются не противоречащие законодательству имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с причинением вреда

жизни и здоровью Застрахованного лица, а также с его смертью в результате несчастного случая или болезни, которые возникли в течение срока действия страхования.

3.2. Лица, относящиеся к ниже перечисленным категориям, принимаются на страхование на особых условиях:

3.2.1. являющиеся инвалидами I или II группы, относящиеся к категории «ребенок-инвалид»;

3.2.2. состоящие на учете в психоневрологическом или наркологическом диспансере;

3.2.3. страдающие психическим заболеванием или расстройством, лица с врожденными аномалиями/пороками развития;

3.2.4. инфицированные ВИЧ (вирус иммунодефицита человека) или больные СПИД (синдромом приобретенного иммунного дефицита);

3.2.5. страдающие заболеваниями, вызванными воздействием радиации и ионизирующего излучения;

3.3. Страховщик оставляет за собой право направить лиц, указанных в п. 3.2, на прохождение медицинского обследования либо запросить медицинские документы, необходимые для оценки страхового риска и оплаты дополнительной страховой премии.

3.4. Не являются страховыми случаями события по рискам страхования от несчастных случаев (п. 4.3 настоящих Правил страхования), находящиеся в прямой зависимости между состояниями (диагнозами), указанными в п. 3.2, и свершившимся событием.

3.5. Объектами страхования по рискам страхования имущественных интересов граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства, (п. 4.4 и 4.5 настоящих Правил страхования) являются, не противоречащие законодательству Российской Федерации, имущественные интересы Застрахованного лица, совершающего Поездку, которые возникли в период Поездки и на территории страхования, указанной в договоре страхования, которые могут быть связаны с:

а) непредвиденными расходами, принятыми Страховщиком на страхование, в случае необходимости получения экстренной или неотложной медицинской помощи при наступлении страхового события в объеме, предусмотренном договором страхования (медицинские и медико-транспортные расходы);

б) непредвиденными расходами на проживание и проезд в Поездке, компенсации в случае экстренной госпитализации/амбулаторном лечении, иные транспортные расходы.

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1. Страховым риском является событие, обладающее признаками вероятности и случайности, на случай наступления которого заключается договор страхования.

4.2. Страховым случаем является свершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю).

4.3. *Страховыми случаями по риску страхования от несчастных случаев признаются следующие события, произошедшие в период действия договора страхования:*

4.3.1. *телесное повреждение* (травма) Застрахованного лица, предусмотренное «Таблицей размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем» Застрахованного лица в результате несчастного случая (Приложение 1 к Правилам страхования), произошедшее в период действия договора страхования в результате несчастного случая, в том числе при занятиях спортом, если это предусмотрено договором и/или программой страхования;

4.3.2. *госпитализация Застрахованного лица* (далее – «госпитализация») в результате несчастного случая:

- экстренная госпитализация - это госпитализация при срочной необходимости, проводимая непосредственно приемным отделением стационара (без направления) или по направлению учреждений скорой и неотложной медицинской помощи;
- плановая госпитализация - это госпитализация, проводимая по направлению лечащего врача, позволяющая подготовиться к ней как пациенту, так и медицинскому учреждению.

4.3.3. *установление в период действия договора страхования Застрахованному лицу диагноза клещевого энцефалита; иксодового клещевого боррелиоза* (синонимы: болезнь Лайма, Лайм-боррелиоз, клещевая эритема, системный клещевой боррелиоз);

4.3.4. *постоянная утрата трудоспособности* Застрахованного лица с установлением инвалидности (далее – «инвалидность» или «ребенок-инвалид») в результате несчастного случая, происшедшего в период действия договора страхования;

4.3.5. *постоянная утрата Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности* (далее – «профессиональная нетрудоспособность») в результате несчастного случая, происшедшего в период действия договора страхования;

4.3.6. *смерть* Застрахованного лица (далее – «смерть») в результате несчастного случая, происшедшего в период действия договора страхования.

4.4. *Страховыми случаями по рискам страхования медицинских, медико-транспортных и иных расходов (страхования имущественных интересов граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства (совершающих Поездку)), в соответствии с настоящими Правилами страхования признаются следующие события:*

4.4.1. *Телесное повреждение* - травма, полученная в результате несчастного случая, вызванного воздействием очевидной внешней силы в период совершения Поездки (включая травмы, возникшие в результате повреждения самолета, судна, автобуса или иного транспортного средства, на котором передвигалось Застрахованное лицо в период совершения Поездки);

4.4.2. *внезапное заболевание* - болезнь, возникшая неожиданно в период совершения Застрахованным лицом Поездки, и требующая неотложного медицинского вмешательства;

4.4.3. *обострение хронического заболевания* - хроническое заболевание, остро проявившееся в период совершения Застрахованным лицом Поездки и угрожающее жизни и здоровью Застрахованного лица, по поводу которого Застрахованное лицо получало лечение в прошлом, но не являвшегося, по заключению врача, препятствием для совершения Поездки;

4.4.4. *смерть* – смерть Застрахованного лица в результате травмы, внезапного заболевания или обострения хронического заболевания, кроме заболеваний,

являющих исключением из страхового покрытия согласно п. 19.1. настоящих Правил страхования;

4.5. Страховыми случаями по рискам страхования медико-транспортных и иных расходов в соответствии с настоящими Правилами страхования признаются события, произошедшие в результате несчастного случая:

4.5.1. *Телесные повреждения* - травмы, полученные в результате несчастного случая, происшедшего в период действия договора страхования, вызванного воздействием очевидной внешней силы (включая травмы, возникшие в результате повреждения самолета, судна, автобуса или иного транспортного средства, на котором передвигалось Застрахованное лицо), потребовавшие транспортировки Застрахованного лица и/или проведения эвакуационных мероприятий, и иные последствия таких случаев, приведшие к возникновению дополнительных расходов, определенных настоящими Правилами страхования (гл.18).

4.5.2. *смерть* – смерть Застрахованного лица в результате травмы/несчастного случая, происшедшего в период действия договора страхования, потребовавшие проведения эвакуационных мероприятий, и/или возвращения тела (останков) в результате смерти Застрахованного лица, и иные последствия таких случаев, приведшие к возникновению дополнительных расходов, определенных настоящими Правилами страхования (гл.18).

4.6. Перечень страховых рисков, событий (в любой комбинации), условия признания страхового события наступившим страховым случаем, порядок определения размера страховых выплат могут содержаться в Программе страхования (страховом продукте), устанавливаемой Договором страхования.

Страхователь вправе выбрать любую программу страхования (страховой продукт), предложенную Страховщиком.

4.7. События, предусмотренные пп. 4.3.1-4.3.3 настоящих Правил страхования и явившиеся следствием несчастного случая, признаются страховыми случаями, если они произошли в течение срока действия договора страхования.

4.8. События, предусмотренные пп. 4.3.4-4.3.6 настоящих Правил страхования и явившиеся следствием несчастного случая, произошедшего в период действия договора страхования, признаются страховыми случаями, если они наступили в период действия договора страхования, а также в течение 1 (одного) года с даты наступления несчастного случая.

4.9. События, предусмотренные пунктами 4.4 настоящих Правил страхования, признаются страховыми случаями, если они произошли в период совершения Поездки.

4.10. События, предусмотренные пунктами 4.5 настоящих Правил страхования, признаются страховыми случаями в период действия договора страхования.

4.11. Страховщик при заключении договора страхования вправе самостоятельно оценивать принимаемые на страхование риски.

4.12. Страховые риски указываются в особых условиях договора страхования (страхового полиса). В случаях, когда риски не отражены в договоре страхования (страховом полисе), то страхование по ним не осуществляется и Страховщик ответственности не несет.

5. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

Территорией страхования, если иное не установлено договором, считается:

5.1. **Территория I (Т-I)** – все страны мира, за исключением: стран Южной и Северной Америки, стран Карибского бассейна, а также Японии, Австралии, Новой Зеландии, Филиппин, Малайзии, Индонезии, Океании, Таиланда, территорий/акваторий Арктики и Антарктики и страны постоянного проживания. Для граждан Российской Федерации (далее - резиденты РФ) исключение ограничивается территорией внутри административной границы постоянного места жительства).

В случае Поездки Застрахованного лица без именных транспортных документов, документов на проживание, страховое покрытие начинает действовать на расстоянии 200 (двухсот) километров и более от административной границы постоянного места жительства и/или места регистрации Застрахованного лица в Российской Федерации.

5.2. **Территория II (Т-II)** – все страны мира, за исключением территорий/акваторий Арктики и Антарктики, если иное не предусмотрено договором страхования; за исключением страны постоянного места жительства полностью при зарубежных поездках.

Для граждан Российской Федерации - включая или исключая территорию внутри административной границы постоянного места жительства Застрахованного лица в зависимости от программы и/или условий страхования, определенных договором страхования (страховым полисом) и указанных в нем.

По рискам п. 4.4. (медицинские и медико-транспортные расходы в Поездке) в случае Поездки Застрахованного лица без именных транспортных документов, документов на проживание, страховое покрытие начинает действовать на расстоянии 200 (двухсот) километров и более от административной границы постоянного места жительства и/или места регистрации Застрахованного лица в Российской Федерации.

5.3. **Территория III (Т-III)** – территория Российской Федерации, включая или исключая территорию внутри административной границы постоянного места жительства Застрахованного лица в зависимости от программы и/или условий страхования, определенных договором страхования (страховым полисом) и указанных в нем.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается на любой согласованный сторонами срок.

6.2. Договор страхования вступает в силу с даты, указанной в договоре страхования как дата начала страхования, при условии своевременной и полной оплаты страховой премии, если договором не предусмотрено иное.

6.3. Договор страхования **по рискам страхования от несчастных случаев**, указанным в п. 4.3. настоящих Правил страхования, если договором не предусмотрено иное, вступает в силу с даты, указанной в договоре страхования как дата начала страхования, при этом:

6.3.1. ответственность Страховщика по рискам страхования от несчастных случаев распространяется на весь срок действия договора страхования независимо от периодов страхования в Поездке по рискам п. 4.4. настоящих Правил страхования.

6.3.2. Договор страхования может быть заключен на определенный период ответственности Страховщика по страховой выплате:

- 24 часа в сутки в течение срока страхования;

– на период участия в мероприятиях/посещения мероприятий, определенных договором страхования (страхование действует со времени начала мероприятия, указанного во входных билетах и заканчивается по факту завершения мероприятия);

– иные периоды ответственности по соглашению сторон.

6.4. Договор страхования **по рискам страхования имущественных интересов граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства** (п. 4.4, настоящих Правил страхования) на период совершения Поездки (Поездок) заключается по согласованию сторон (на один год, полгода, один месяц или иной срок, установленный договором страхования).

6.4.1. Если договор страхования сроком на один год предусматривает многократные Поездки Застрахованного лица за пределы постоянного места жительства, то период страхования определяется количеством дней для каждой Поездки, установленного договором страхования. При этом в течение срока действия договора страхования количество таких Поездок не ограничено.

6.4.2. Если к моменту окончания срока действия договора страхования, возвращение Застрахованного лица с места временного пребывания, на которое осуществлялось страхование, невозможно, в связи с наступлением страхового случая (заболевания, травмы и т.п., с последующей госпитализацией, эвакуацией или репатриацией), что подтверждается соответствующими документами, Страховщик выполняет свои обязанности, согласно договору страхования, связанные с данным страховым случаем, до момента прекращения таких обстоятельств и в пределах страховых сумм (лимитов), установленных договором страхования.

6.5. Риски страхового покрытия, указанные в п. 4.4. настоящих Правил страхования, при осуществлении зарубежных Поездок начинают действовать не позднее даты пересечения Застрахованным лицом Государственной границы Российской Федерации, с учетом:

6.5.1. период действия страхования начинается с даты, указанной в договоре страхования и/или проездных документах как дата начала Поездки, но не ранее момента пересечения Застрахованным лицом границы Российской Федерации при выезде с ее территории, подтверждением чего является отметка пограничных служб в заграничном паспорте. Для резидентов РФ - с момента пересечения административной границы постоянного места жительства, но не ранее даты, указанной в договоре страхования и/или проездных документах* как дата** начала Поездки;

– период действия страхования заканчивается с момента пересечения Застрахованным лицом границы Российской Федерации при въезде на ее территорию. Для резидентов РФ – с момента пересечения административной границы постоянного места жительства, но не позднее даты, указанной в договоре страхования (страховом полисе) и/или проездных документах* как дата** окончания Поездки.

* проездные и иные документы, подтверждающие факт осуществления поездки (билеты, бронь гостиницы, чеки и квитанции и пр.).

**датой начала и окончания Поездки в проездных документах считаются даты убытия/прибытия с территории постоянного места жительства.

6.5.2. При заключении договора страхования в момент нахождения в Поездке датой начала Поездки будет считаться дата начала договора страхования, указанная в

договоре страхования (страховом полисе).

6.6. Риски страхового покрытия, указанные в п. 4.4 и 4.5 настоящих Правил страхования, при осуществлении Поездок по территории Российской Федерации начинают действовать:

6.6.1. с момента отъезда Застрахованного лица из пункта постоянного места жительства или пресечения Застрахованным лицом административной границы населенного пункта постоянного места жительства – в зависимости от программы страхования и/или условий договора страхования (страхового полиса), но не ранее даты, указанной в договоре страхования и/или проездных документах* как дата** начала Поездки.

6.6.2. с момента приезда Застрахованного лица в пункт постоянного места жительства или пересечения Застрахованным лицом административной границы населенного пункта постоянного места жительства при въезде, в котором Застрахованное лицо постоянно проживает, но не позднее даты, указанной в договоре страхования (страховом полисе) и/или проездных документах* как дата** окончания Поездки, или если иное не предусмотрено договором страхования.

* проездные и иные документы, подтверждающие факт осуществления поездки (билеты, бронь гостиницы, чеки и квитанции и пр.).

** датой начала и окончания Поездки в проездных документах считаются даты убытия/прибытия с территории постоянного места жительства.

7. СТРАХОВАЯ СУММА

7.1. Страховая сумма устанавливается в договоре страхования Страховщиком по соглашению со Страхователем.

7.2. Страховая сумма может быть установлена индивидуально для каждого из страховых рисков или по совокупности рисков, указанных в договоре страхования.

7.3. При заключении договора страхования в отношении нескольких Застрахованных лиц общая страховая сумма по договору равна сумме страховых сумм по всем Застрахованным лицам. Страховые суммы по каждому Застрахованному лицу приводятся по каждому из страховых рисков или по совокупности рисков отдельно в списке Застрахованных лиц.

7.4. Страховые суммы устанавливаются в российских рублях. По соглашению сторон в договоре страхования могут быть указаны страховые суммы в иностранной валюте, эквивалентом которых являются соответствующие суммы в рублях (далее – страхование с валютным эквивалентом).

7.5. Страховая сумма по договору страхования и по каждому риску, определенному договором страхования является агрегатной (уменьшаемая на размер выплат).

7.6. По рискам, предусмотренным п. 4.4 и 4.5 настоящих Правил страхования, если расходы на лечение или другие расходы превышают в целом страховую сумму (лимит возмещения), установленную договором страхования по риску на каждое Застрахованное лицо, то доля расходов, превышающая страховую сумму (лимит возмещения), остается на собственном удержании Застрахованного лица.

7.7. В договоре страхования Стороны могут указать размер некомпенсируемой Страховщиком части понесенных расходов - франшизу, что освобождает Страховщика от возмещения ущерба, не превышающего определённого размера.

7.7.1. Настоящими Правилами страхования устанавливается безусловная франшиза, которая устанавливается как в процентах к размеру страховой суммы,

так и в абсолютной величине. При установлении безусловной (вычитаемой) франшизы, во всех случаях возмещаются расходы за вычетом суммы франшизы по каждому Застрахованному лицу.

7.7.2. Франшиза может быть предусмотрена как в целом по пакету рисков, так и по определенным рискам, кроме объекта страхования, указанного в п.3.5. «б».

7.7.3. При установлении франшизы в договоре страхования, франшиза применяется при каждом страховом случае.

8. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

8.1. Размер страховой премии определяется Страховщиком исходя из размера страховой суммы, срока действия договора страхования и степени страхового риска.

8.2. При страховании на срок менее одного года, если договором страхования не предусмотрено иное, страховая премия рассчитывается в следующем проценте от годового размера страховой премии, при этом неполный месяц страхования принимается за полный:

Срок страхования (месяцы)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Размер страховой премии в % к годовой премии	20	30	40	50	60	70	75	80	85	90	95

Если иное не предусмотрено договором страхования, то при страховании на срок более 1 (одного) года страховая премия рассчитывается пропорционально количеству месяцев действия договора страхования (при этом не полный месяц страхования принимается за полный).

8.3. Страховая премия (страховой взнос) уплачивается в сроки и в размере, указанные в договоре страхования.

8.4. Если иное не установлено программой и/или договором страхования, Страховая премия подлежит оплате единовременным платежом при заключении договора страхования.

8.5. В случае неуплаты Страхователем страховой премии в размере и в сроки, предусмотренные договором страхования, договор считается не вступившим в силу, обязательств по такому договору у сторон не возникает.

8.5.1. Если Договором страхования предусмотрен порядок уплаты премии иной, чем указано в п.8.4. настоящий Правил, то в Договоре страхования могут быть предусмотрены следующие условия при неуплате страховой премии, страхового взноса или оплате не в полном объеме:

- зачет суммы просроченного страхового взноса при определении размера страховой выплаты;
- досрочное прекращение договора страхования;
- изменение условий страхования соразмерно фактически уплаченным в установленный срок страховым взносам, в том числе пропорциональное сокращение срока страхования, пропорциональное снижение страховой суммы, введение или изменение размера франшизы;
- расторжение договора страхования и взыскание со страхователя неуплаченной части страховой премии за период действия договора страхования до даты его расторжения в судебном порядке;
- иные последствия, предусмотренные действующим законодательством РФ.

8.6. Если договором страхования не предусмотрено иное, то обязательство Страхователя по уплате страховой премии считается исполненным:

8.6.1. для Страхователей – юридических лиц и индивидуальных предпринимателей:

- при уплате страховой премии в безналичном порядке - с даты списания всей суммы страховой премии (страхового взноса) с расчетного счета Страхователя или его надлежаще уполномоченного представителя;
- при уплате наличными деньгами - в день получения всей суммы страховой премии (очередного страхового взноса) или внесения всей суммы страховой премии (страхового взноса) в кассу Страховщика либо его официального представителя;

8.6.2. для Страхователей – физических лиц:

- при уплате страховой премии в безналичном порядке - в день подтверждения исполнения оплаты всей суммы страховой премии финансовой организацией, обслуживающей Страхователя;
- при уплате наличными деньгами - в день получения всей суммы страховой премии или внесения всей суммы страховой премии в кассу Страховщика либо его официального представителя.

8.7. Страховая премия при страховании с валютным эквивалентом устанавливается в соответствующей иностранной валюте. Если по договору страхования страховая премия устанавливается в иностранной валюте, уплата страховой премии осуществляется в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для иностранной валюты на дату уплаты Страхователем страховой премии.

9. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ИЗМЕНЕНИЕ, ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

9.1. Договор страхования должен быть заключен в письменной форме. Несоблюдение письменной формы влечет недействительность договора страхования.

9.2. Договор в письменной форме может быть заключен путем составления одного документа, подписанного сторонами – договора страхования, либо вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного Страховщиком, на основании устного или письменного заявления на страхование (в т.ч. в электронном виде).

9.2.1. Заявление на страхование, оформленное письменно на бумажном носителе, подписывается Страхователем собственноручно и является неотъемлемой частью Договора страхования.

9.2.2. Заявление на страхование в электронной форме, отправленное Страховщику и подписанное простой электронной подписью Страхователя - физического лица, признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанного собственноручной подписью этого физического лица.

9.2.3. По просьбе Страхователя и с его слов заявление о заключении договора страхования и прилагаемые к нему документы (описи, списки, анкеты и т.п.) могут быть заполнены представителем Страховщика с соблюдением следующих требований:

- использование формулировок, не допускающих неоднозначного толкования;
- при заполнении от руки – разборчивое заполнение.

9.3. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик вправе

согласовать любые иные дополнения, исключения, уточнения к договору страхования, не запрещенные действующим законодательством Российской Федерации, исключить отдельные положения настоящих Правил, оговорив эти исключения, не относящиеся к конкретному договору, закрепив это в тексте договора страхования и/или в тексте дополнительного соглашения к такому договору.

При этом условия договора страхования (страхового полиса) будут иметь преимущественную юридическую силу по сравнению с Правилами

9.4. При заключении договора страхования, в целях идентификации Страхователя (в соответствии с требованием ст. 7. Федерального Закона № 115-ФЗ от 07.08.2001), Страховщик вправе запросить у Страхователя (Застрахованного лица):

- документ (копия документа), удостоверяющий личность;
- сведения о регистрации по месту жительства, телефон, адрес электронной почты;
- иные сведения, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

9.5. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска).

Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в стандартной форме договора страхования (страхового полиса), заявлении на страхование (если требуется его заполнение), анкетах Застрахованного лица и в письменном запросе Страховщика. При заключении договоров страхования Страхователь подтверждает согласие с Декларацией Застрахованного лица, являющейся неотъемлемой частью договора страхования (страхового полиса).

9.6. Также Страхователь обязан предоставлять Страховщику (по его запросу) информацию и документы, необходимые для оценки риска, принимаемого на страхование, из числа ниже указанных:

- документы, подтверждающие прохождение медицинского обследования (в том числе по форме, требуемой Страховщиком);
- медицинские документы, подтверждающие наличие того или иного диагноза;
- подтверждение информации о доходах Застрахованного лица, финансовая информация о компании за последние 3 (три) года;
- кредитный договор или подтверждение банка о выдаче кредита с указанием суммы, срока и цели кредита либо документ, подтверждающий остаток ссудной задолженности;
- информация о Страхователе, содержащаяся в приложении к полису с фиксированным набором условий, вручаемому Страхователю Страховщику (в случае заключения договора страхования посредством выдачи такого полиса);
- список Застрахованных лиц.

9.7. В случае сообщения Страхователем заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий, предусмотренных ч. 2 ст. 179 ГК РФ.

9.8. Факт заключения договора страхования удостоверяется страховым полисом, выдаваемым Страховщиком Страхователю.

9.8.1. Договор страхования считается заключенным на условиях, содержащихся в настоящих Правилах страхования в том случае, если в договоре страхования (страховом полисе) прямо указывается на их применение и сами Правила страхования и/или выдержки из Правил страхования (условия страхования, программы страхования) приложены к договору страхования и являются их неотъемлемой частью, и/или в договоре страхования (страховом полисе) указана ссылка/гиперссылка на Правила страхования, размещенные на официальном сайте Страховщика в сети Интернет.

9.8.2. Настоящие Правила страхования могут быть предоставлены Страхователю (Застрахованным лицам) в электронном виде на одном или нескольких электронных ресурсах - сайте Страховщика, в Личном кабинете, Мобильном приложении, и/или направлены по указанному Страхователем (Застрахованным лицом) адресу электронной почты, либо предоставлены ему на бумажном носителе.

В случае, если Правила страхования были предоставлены Страхователю без вручения текста документа на бумажном носителе, то Страховщик обязан по требованию Страхователя выдать ему текст Правил на бумажном носителе.

9.9. Договор страхования со Страхователем - юридическим лицом заключается путем составления одного документа, подписанного сторонами договора страхования для всех Застрахованных лиц, с приложением Списка Застрахованных лиц. При этом по требованию Страхователя Страховщик обязан выдавать страховые полисы на каждого Застрахованного лица.

9.10. Условия, содержащиеся в Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), если в договоре (страховом полисе) прямо указывается на применение Правил страхования.

9.11. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования и о дополнении Правил страхования.

9.12. В соответствии со статьей 160 Гражданского Кодекса Российской Федерации Страховой полис может быть удостоверен факсимильным воспроизведением подписи Страховщика с помощью средств механического или иного копирования или усиленной квалифицированной электронной подписи Страховщика.

9.13. В соответствии со ст. 160, 435, 438 ГК РФ согласие Страхователя на заключение Договора страхования (страхового полиса) на предложенных Страховщиком условиях (включая настоящие Правила страхования), а также с факсимильной и/или усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, подтверждается принятием Страхователем от Страховщика договора страхования (страхового полиса) и/или оплатой страховой премии.

9.14. При заключении договора страхования Застрахованное лицо:

9.14.1. Освобождает Врачей от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в части, касающейся страхового случая.

9.14.2. Освобождает Страховщика от обязательств конфиденциальности перед родственниками (совершеннолетние дети и внуки, дееспособные родители, родные братья/сестры, бабушки/дедушки, усыновленные и усыновители, законные супруг/супруга, находящие в официальном гражданском браке) по информации,

полученной Страховщиком в результате своей профессиональной деятельности о Застрахованном лице (Страхователе, Выгодоприобретателе), состоянии их здоровья, а также по его имущественному положению, в случаях, когда состояние Застрахованного лица не позволяет ему принять решение о предоставлении информации по состоянию своего здоровья, диагнозе, лечении (кома, острые психические расстройства, ВИЧ-инфекция, искусственная вентиляция легких, бессознательное состояние и пр).

9.15. В случае утери договора страхования (страхового полиса) Страхователем, Страховщик на основании личного заявления Страхователя выдает дубликат документа.

9.16. Все заявления и извещения, которые делают друг другу стороны договора страхования, должны производиться в письменной форме, способами (в соответствии с п. 2.24 (пп.1-2)), позволяющими объективно зафиксировать факт сообщения по адресам, которые указаны в договоре.

9.17. Страхователь обязан незамедлительно, но не позднее 24 часов с момента, когда ему стало или должно было стать об этом известно, сообщить любым из доступных способов, определенных в п. 2.24 (пп. 1-4) или в договоре страхования, Страховщику обо всех существенных изменениях в принятом на страхование риске. Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в стандартной форме договора страхования (страхового полиса), заявлении на страхование и в письменном запросе Страховщика.

9.17.1. В случае не извещения Страховщика об обстоятельствах, возникших в период действия договора страхования и существенно повышающих степень риска, Страховщик имеет право требовать расторжения договора страхования и возмещения Страхователем убытков, причиненных расторжением договора.

9.17.2. В случае отказа Страхователя от уплаты дополнительной страховой премии и/или изменения условий договора страхования Страховщик имеет право требовать расторжения договора.

9.17.3. Страховщик не имеет права требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение риска, уже отпали.

9.18. По соглашению между Страхователем и Страховщиком договор страхования, заключенный в соответствии с настоящими Правилами, может быть дополнен либо изменен, исходя из конкретных потребностей Страхователя в страховании его имущественных интересов или интересов третьего лица, в пользу которого Страхователь заключил договор страхования.

9.18.1. Все изменения и дополнения к действующему договору страхования оформляются в письменном виде в двух экземплярах и вступают в силу в сроки, установленные по соглашению сторон.

9.19. Страхователь, заключая договор страхования, в соответствии с Федеральным законом №152-ФЗ «О персональных данных» дает свое согласие и подтверждает получение такого согласия от указанных в договоре страхования (страховом полисе) Застрахованных лиц на обработку, хранение и иное использование персональных данных для исполнения обязательств по договору страхования (страховому полису). Страхователь обязуется предоставить Страховщику названные в настоящем пункте согласия Застрахованных лиц (Выгодоприобретателей) и несет персональную ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение указанного обязательства.

9.19.1. Страховщик с помощью своих программно-аппаратных средств обеспечивает обработку и бессрочное защищенное хранение персональных данных.

9.19.2. В целях обеспечения исполнения заключенного договора страхования Страховщик осуществляет сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу, включая трансграничную передачу персональных данных), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, как на бумажных, так и на электронных носителях. Для осуществления вышеуказанных целей Страховщик вправе передавать персональные данные, ставшие ему известными в связи с заключением и исполнением договора страхования, третьим лицам, с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность персональных данных).

9.19.3. В целях выполнения требований Федерального закона №115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» при заключении договора страхования Страхователи (Застрахованные лица, Выгодоприобретатели) по запросу Страховщика обязуются предоставить дополнительные сведения и/или документы, необходимые для их идентификации.

9.19.4. Для отзыва согласия на обработку персональных данных Страхователь направляет Страховщику заявление по разработанной Страховщиком форме. При этом такой отзыв может быть исполнен Страховщиком только при условии расторжения Страхователем договора страхования или после окончания срока действия договора страхования и при условии предоставления такого заявления от всех перечисленных в договоре страхования (страховом полисе) Застрахованных лиц и/или Выгодоприобретателей.

9.20. Договор страхования прекращает свое действие в случаях:
истечения срока его действия;

- исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) по договору страхования в полном объеме;
- смерти Страхователя (физического лица), не являющегося Застрахованным лицом, если Застрахованное или иное лицо не примут на себя обязанности Страхователя по договору страхования или ликвидации Страхователя (юридического лица), кроме случаев замены Страхователя в договоре страхования при его реорганизации (слиянии, присоединении, разделении, выделении, преобразовании);
- ликвидации (а также иных случаях прекращения деятельности) Страховщика;
- иных оснований, предусмотренных действующими законодательными актами Российской Федерации и договором страхования.

9.21. Страхователь имеет право отказаться от договора страхования в любое время.

9.22. При отказе Страхователя - физического лица от договора страхования в течение периода охлаждения уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком при условии, что на дату отказа от договора страхования страховых случаев по нему не наступало.

Если после вступления договора страхования в силу Страховщик получил уведомление о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, то

возврат страховой премии приостанавливается до принятия решения по страховому событию.

9.22.1. Для отказа от договора страхования с условием возврата страховой премии, Страхователю необходимо в течение периода охлаждения предоставить Страховщику заявление об отказе от договора страхования, собственноручно подписанное Страхователем, договор страхования и копию документа, удостоверяющего личность Страхователя.

– При отказе от договора страхования в соответствии с требованиями п. 9.22.1. дополнительно, по запросу Страховщика предоставляется копия заграничного паспорта – все страницы.

9.22.2. Заявление об отказе от договора страхования может быть предоставлено Страхователем Страховщику в соответствии с п. 2.24 (пп.1-4).

9.22.3. Договор страхования прекращает свое действие:

- с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования, поданного непосредственно в офис Страховщика (в т.ч. по электронной почте), или иной даты по согласованию сторон;
- с даты отправки Страхователем письменного заявления об отказе от договора страхования в организацию почтовой связи, курьерской службы в адрес Страховщика, или иной даты по согласованию сторон.

9.23. В случае отказа Страхователя (физического лица) от договора страхования в течение периода охлаждения с даты его заключения и до вступления договора в силу, Страховщик возвращает Страхователю оплаченную страховую премию в полном объеме.

9.23.1. В случае отказа Страхователя от договора страхования в течение периода охлаждения и после вступления договора в силу, и при условии отсутствия в этом периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовал договор страхования.

При этом Страхователь (Застрахованное лицо) обязан подтвердить документально **отсутствие** действующей визы на зарубежную Поездку и/или **невъезд** Застрахованного лица в указанный в договоре страхования период Поездки.

9.23.2. Если договор страхования (страховой полис) использовался/предоставлялся для получения въездной визы, подтверждением чего являются отметки о выдаче визы в заграничном паспорте Застрахованного лица, полученные им после даты заключения договора страхования (страхового полиса), то страховая премия возвращается только в части страхования от несчастных случаев и болезней.

9.23.3. Возврат Страховщиком страховой премии осуществляется не позднее 7 (семи) рабочих дней с даты получения заявления Страховщиком.

9.24. При отказе Страхователя - физического лица от договора страхования по истечении периода охлаждения досрочное прекращение договора страхования осуществляется в соответствии со ст. 958 ГК РФ:

9.24.1. При досрочном прекращении договора страхования, с согласия Страховщика, за пределами периода охлаждения, по обстоятельствам иным, чем страховой случай или при не предоставлении Страховщиком информации по страхованию, либо предоставлению неполной /недостовой информации в виде

ключевого информационного документа (с 01.04.2023), Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

9.24.2. Подлежащая возмещению премия возвращается Страхователю в течение срока указанного в договоре страхования, но не более 7 (семи) рабочих дней считая от даты получения Страховщиком заявления о досрочном расторжении договора (полиса) страхования в письменной форме.

9.25. Договор прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в частности, в отношении отдельного Застрахованного лица действие договора прекращается в случае смерти по причинам иным, чем наступление страхового случая. При этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

9.26. Для расторжения договора страхования Страхователю необходимо предоставить Страховщику заявление о расторжении договора страхования по форме Страховщика, собственноручно подписанное Страхователем, оформленное надлежащим образом (читаемое и масштабируемое) и направленное Страховщику любым из способов надлежащего уведомления (п. 2.24 пп. 1 – 4).

9.26.1. При получении не подписанных и/или не надлежащим образом оформленных заявлений и документов к ним, Страховщик вправе запросить у Страхователя документы, оформленные надлежащим образом, в срок не позднее 10 (десяти) рабочих дней с момента получения страховщиком Заявления и одним из способов, предусмотренных п. 2.24 (пп. 1-4) настоящих Правил страхования.

9.26.2. При запросе документов Страховщик приостанавливает рассмотрение заявления Страхователя на расторжение договора страхования и возобновляет процесс рассмотрения с даты получения документов, оформленных надлежащим образом.

9.27. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

9.27.1. Досрочное прекращение договора страхования в одностороннем порядке по инициативе Страхователя признается как досрочный отказ Страхователя от договора страхования.

9.27.2. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования страховая премия, уплаченная Страховщику, не подлежит возврату.

9.28. При поступлении заявления на расторжение договора страхования, который закончил свое действие в период охлаждения или после завершения договора страхования – договор страхования не расторгается и страховая премия не подлежит возврату.

9.29. Договор страхования может быть заключен во время Поездки за пределы Российской Федерации, если это предусмотрено договором страхования и/или согласовано со Страховщиком и по программам страхования, определенным Страховщиком.

10. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ, НЕ ПОКРЫВАЕТСЯ СТРАХОВЩИКОМ

10.1. События, перечисленные в п. 4.3-4.5 настоящих Правил страхования, не являются страховыми случаями, если они произошли в результате следующих обстоятельств:

10.1.1. совершения или попытки совершения Застрахованным лицом (Страхователем или Выгодоприобретателем) умышленного преступления, находящегося в прямой причинно-следственной связи со страховым случаем;

10.1.2. нахождение Застрахованного лица в состоянии алкогольного, наркотического и/или токсического опьянения или под воздействием психотропных и токсических веществ (за исключением случаев отравления легально приобретенными недоброкачественными алкогольными напитками);

10.1.3. управления Застрахованным лицом любым транспортным средством без права на управление, или в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, или после применения лекарственных препаратов, противопоказанных при управлении транспортным средством, либо передачи Застрахованным лицом управления лицу, не имевшему права на управление транспортным средством или находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или после применения лекарственных препаратов, противопоказанных при управлении транспортным средством;

10.1.4. лечения заболеваний или последствий несчастных случаев, имевших место до начала или после окончания периода действия договора страхования, о которых Страховщик не был поставлен в известность заранее;

10.1.5. событий, произошедших до начала посещения мероприятий или участия в мероприятиях и после их завершения (по рискам страхования на период посещения мероприятия или на период участия в мероприятиях);

10.1.6. несчастных случаев, произошедших вследствие каких-либо заболеваний Застрахованного лица, установленных до или на момент заключения договора страхования, в том числе в результате состояний, указанных в п. 3.2.;

10.1.7. иных обстоятельств, предусмотренных условиями договора страхования.

10.2. Если иное не предусмотрено договором страхования, события, перечисленные в п. 4.3-4.5 настоящих Правил страхования, не являются страховыми случаями, если они произошли в результате следующих обстоятельств:

10.2.1. занятий спортом в нарушение правил и требований техники безопасности, пожарной безопасности, квалифицируемые как административные правонарушения и/или уголовные преступления, организованные на запрещенных к таким занятиям территориях (например: паркур, спуски по запрещенным трасам, ружинг, уличная акробатика, восхождения по зданиям, прыжки с высотных зданий с парашютом или в специальном снаряжении и аналогичные виды деятельности).

В случаях, когда вид спорта не попадает под действие пп. 10.2.1, то он относится к категории экстремальный спорт (2.47.3).

10.2.2. участия Застрахованного лица в любых авиационных перелетах (если Застрахованное лицо не является профессиональным пилотом), за исключением полетов, совершаемых в качестве пассажира авиарейса, лицензированного для перевозки пассажиров и управляемого пилотом, имеющим соответствующий сертификат;

10.2.3. самолечения, либо употребления медицинских препаратов по предписанию врача, но с нарушением назначенной им дозировки;

10.2.4. осуществления Застрахованным лицом Поездки, предпринятой с намерением получить лечение (по рискам 4.4);

10.2.5. санаторно-курортного и/или реабилитационно-восстановительного лечения;

10.2.6. укуса клеща, процедуры по удалению клеща без последующего лабораторного исследования клеща на заболевания или отрицательного анализа лабораторного исследования клеща.

10.3. Страховщик в любом случае не покрывает следующие расходы при страховании по п. 4.4-4.5:

10.3.1. связанные с возмещением:

а) морального вреда по договору страхования (страховому полису), заключенному в соответствии с настоящими Правилами страхования, в том числе связанные с качеством услуг, оказываемых третьими лицами (медицинскими учреждениями и т.д.);

б) упущенной выгоды;

в) социальных компенсаций;

г) компенсаций (гарантийных выплат) в целях возмещения затрат, связанных с исполнением Застрахованным лицом трудовых и/или профессиональных обязанностей (трудовые компенсации);

д) компенсаций заработной платы в случае нахождения Застрахованного лица на больничном;

е) любых иных компенсаций и/или гарантийных выплат и/или пособий и/или возмещений и/или штрафных санкций и/или процентов;

ж) любых комиссий при осуществлении финансовых операций, взимаемых банками, платежными системами, коллекторскими агентствами и иными организациями, осуществляющими финансовые операции.

10.3.2. которые отдельно не согласованы и не отражены в договоре страхования (страховом полисе);

10.3.3. которые имели место после возвращения Застрахованного лица из Поездки в страну или территорию постоянного проживания;

10.3.4. превышающие установленные страховые суммы и внутренние лимиты возмещения, отраженные в «особых условиях» договора страхования (страхового полиса);

10.3.5. по переводу документов на русский язык.

10.4. В любом случае не покрываются расходы при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, когда имели место следующие факторы:

– совершение Застрахованным лицом преступных или противоправных действий, а также во время его участия в политических демонстрациях, забастовках или военных действиях;

– умышленные действия в случаях нарушения правил поведения, безопасности или распорядка на территории/месте временного пребывания (страна, отель, гостиница и т.п.);

– служба Застрахованного лица в любых вооруженных силах и формированиях, призыв Застрахованного лица на военную службу (в т.ч. на срочную военную службу, военные сборы, мобилизация);

- нахождение на территории, где идут вооруженные столкновения, военные действия, контртеррористические, военные операции, введено военное положение и иные действия военного характера;
- занятие Застрахованным лицом опасными/экстремальными видами спорта, за исключением случаев специального страхования на особых условиях, с применением установленных Страховщиком поправочных коэффициентов и отражением рисков в договоре страхования;
- другие случаи, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

10.5. События, перечисленные в п. 4.3-4.5 настоящих Правил страхования, не являются страховыми случаями, если они произошли в период нахождения Застрахованного лица в местах лишения свободы.

10.6. Если договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие:

10.6.1. самоубийства или попытки самоубийства;

10.6.2. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

10.6.3. военных действий, а также маневров и иных военных мероприятий (в т.ч. мероприятий призывного и/или мобилизационного характера);

10.6.4. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;

10.6.5. умысла Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица);

10.6.6. в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

10.7. Не покрываются расходы при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, когда к моменту наступления такого события уже имели место следующие факторы:

10.7.1. запрет на посещение страны/региона, введенный органами государственной власти/управления/медико-санитарного контроля и надзора, если при этом Застрахованное лицо совершило въезд в эту страну/регион через третьи страны/регионы после даты ввода такого запрета;

10.7.2. введение ограничений органами административного управления/государственными органами/медико-санитарного контроля и надзора стран, территорий, регионов (округов, областей, республик, городов, поселений и пр.) по самоизоляции/изоляции/карантину в отношении возрастных категорий граждан, граждан с определенным перечнем хронических заболеваний, иных категорий/групп граждан, объединяемых по каким-либо признакам;

10.7.3. объявление карантина органами административного управления/государственной власти/медико-санитарного контроля и надзора в отношении конкретного региона/территории (поселения, города, области, округа и пр.), или в отношении морского/речного круизного судна (всех пассажиров), или в отношении всех пассажиров воздушного судна (самолета), или в отношении всех проживающих на территории одного отеля/гостиницы;

10.7.4. ограничительные меры, вводимые государством в отношении пребывающих в страну лиц в соответствии с внутренними правилами въезда в страну и иными нормативными актами государства, органов власти/управления/медико-санитарного контроля и надзора;

10.8. Страховщик в любом случае не покрывает расходы, предусмотренные договором страхования, связанные с несчастным случаем, повлекшим травмы, заболевания или гибель Застрахованного лица, произошедшим в результате дорожно-транспортного происшествия, в том числе при использовании автомобиля,

велосипеда, мотоцикла, мопеда, гидро- и квадроцикла, мотовездехода, снегохода, катера, моторной лодки и т.п., если:

а) Застрахованное лицо управляло транспортным средством, кроме общественного транспорта, не имея соответствующих водительских прав или находясь в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или под воздействием психотропных и токсических веществ;

б) Застрахованное лицо передало управление транспортным средством лицу, не имеющему соответствующих водительских прав;

в) Застрахованное лицо находилось в транспортном средстве (в качестве пассажира), кроме общественного транспорта, управление которым осуществляло лицо, находящееся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или под воздействием психотропных и токсических веществ;

г) Застрахованное лицо пренебрегло и не воспользовалось средствами безопасности (защиты) как вместе, так и по отдельности, такими как: ремень безопасности, шлем, каска, спасательный жилет, а также иные средства безопасности, предусмотренные правилами эксплуатации транспортного средства.

10.9. Страховщик вправе не признать событие страховым случаем, если имело место следующее:

10.9.1. несоблюдение Застрахованным лицом обязанностей, предусмотренных настоящими Правилами страхования;

10.9.2. если информация и документы, представленные Застрахованным лицом Страховщику с целью получения страховой выплаты или при заключении договора страхования, недостаточны либо содержат неполные, недостоверные, противоречивые или заведомо ложные сведения о причинах и обстоятельствах наступления страхового случая, а также видах и стоимости оказанных в связи со страховым случаем услуг;

10.9.3. ограничение (запрет) въезда/выезда из страны/в страну в соответствии с актами государственной власти и/или управлений и/или заявлений официальных уполномоченных лиц;

10.9.4. если расходы за медицинские и прочие услуги могут быть оплачены другим страховым полисом, имеющимся у Застрахованного лица, или входят в стоимость какой-либо государственной или частной программы (в том числе, возникающие в таких случаях государственные пошлины, установленные страной пребывания), осуществляемой в стране/территории/местности, где произошел страховой случай, или медицинские услуги оказаны, или могут быть оказаны и/или оказаны по системе обязательного медицинского страхования в Российской Федерации;

10.9.5. другие случаи, предусмотренные законодательством Российской Федерации

10.10. Субъективное отношение Страхователя/Застрахованного лица (страх, паника, боязнь массовых скоплений граждан, террористических актов или народных волнений и т.п.) к ситуации, сложившейся в стране/на территории пребывания, которая, по его мнению, не позволяет отправиться в Поездку в запланированное время, не является страховым случаем и не подпадает под действие страхового полиса (договора страхования).

10.11. Решение о непризнании события страховым случаем сообщается Страховщиком Застрахованному лицу в письменной форме с обоснованием причин в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия соответствующего решения.

10.12. При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь вправе договориться об изменении (дополнении или сокращении) перечня событий, не являющихся страховым случаем по отдельным событиям п. 4.3.-4.5. настоящих Правил страхования.

11. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

11.1. При наступлении страхового случая Страховщик обязан произвести страховую выплату в соответствии с условиями договора страхования (страхового полиса).

11.2. По рискам, указанным в п. 4.4, если Застрахованное лицо по уважительной причине (обстоятельства непреодолимой силы, тяжелое физическое состояние, труднодоступное место пребывания, технические неполадки с системой телефонной связи и т.п., что должно быть подтверждено соответствующими документами) не имел возможности связаться с Сервисной компанией или Страховщиком до момента получения медицинской и иной необходимой помощи, то оно обязано, по возможности, сообщить о случившемся в Сервисную компанию или Страховщику.

11.2.1. Если Застрахованное лицо самостоятельно понесло расходы (или их часть) предусмотренные главами 17-18, возникшие в связи со страховым случаем, или получить страховую выплату, предусмотренную главой 16, то по прибытии к месту жительства или по факту установления диагноза по травме (или окончания лечения, связанного с несчастным случаем) Застрахованное лицо должно обратиться к Страховщику с заявлением о наступлении страхового события в течение 2 (двух) лет с даты наступления страхового события:

– Если расходы, возникшие в связи со страховым случаем с Застрахованным лицом были оплачены иным лицом, то последний имеет право обратиться к Страховщику с заявлением на возмещение расходов с приложением полного комплекта документов, предусмотренного в главе 19 настоящих Правил страхования, включая оригиналы документов, подтверждающих оплату данных расходов.

11.2.2. В случае оплаты расходов, которые не связаны со страховым случаем, произошедшим с Застрахованным лицом, и/или расходов, которые не принимались на страхование - не подлежат компенсации со стороны Страховщика.

11.3. При наступлении событий по рискам, предусмотренных п. 4.3-4.5 настоящих Правил страхования, Застрахованное лицо самостоятельно (либо представитель Застрахованного лица по нотариально заверенной доверенности) обращается к Страховщику с заявлением о наступлении страхового события и предоставляет документы в соответствии с требованиями глав 15 и 20 настоящих Правил страхования.

11.4. При обращении Застрахованного лица к Страховщику с Заявлением о страховом событии, с целью возмещения понесенных расходов и получения страховой выплаты по рискам, указанным в п. 4.3-4.5 настоящих Правил страхования, и для целей идентификации получателя страховых услуг, Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель, иные лица) предъявляет Страховщику документ, удостоверяющий личность.

11.5. Все передаваемые в адрес Страховщика документы на иностранном языке должны быть переведены на русский язык и заверены нотариусом.

11.6. Заявление о страховом событии со всеми необходимыми документами (оригиналы или заверенные копии документов), подтверждающими факт

наступления события и оплату расходов, возникших в связи с наступлением страхового события, Застрахованное лицо/ Выгодоприобретатель направляет Страховщику одним из указанных и согласованных со Страховщиком способов*:

11.6.1. при личном обращении в офис Страховщика либо к его уполномоченному представителю;

11.6.2. посредством отправки пакета документов через операторов АО «Почта России» с обязательной описью документов и уведомлением о доставке либо через курьерские службы;

11.6.3. по электронной почте*;

11.6.4. через форму заявления на сайте Страховщика, личный кабинет или мобильное приложение, посредством индивидуальной авторизации*.

* по пп. 11.6.3-11.6.4 по запросу Страховщика Застрахованное лицо/Выгодоприобретатель обязан предоставить в соответствии с пп. 11.6.1-11.6.2 заявление и/или все необходимые документы в том виде (оригиналы, заверенные копии и пр.) в котором будут запрошены Страховщиком.

11.7. Сроки рассмотрения документов по страховым событиям, принятия решения о признании события страховым случаем или об отказе в страховой выплате, осуществлении страховой выплаты начинают исчисляться:

- при предоставлении документов в соответствии с пп. 11.6.1-11.6.4 – со следующего дня от даты получения Страховщиком заявления и всех необходимых и надлежащим образом оформленных документов.

11.8. Размер понесенных Застрахованным лицом расходов и страховой выплаты определяется Страховщиком на основании документов, полученных от правоохранительных органов, органов надзора и контроля (пожарные, аварийные и другие службы), на основании экономических и бухгалтерских материалов и расчетов, учетных документов, платежных документов, заключений и расчетов юридических, консультационных и других специализированных организаций.

11.9. По рискам страхования от несчастного случая страховая выплата определяется в соответствии с нормами главы 16 настоящих Правил страхования на основании документов, предоставляемых Застрахованным лицом (его представителем) в соответствии с требованиями главы 15 настоящих Правил страхования.

11.10. Страховщик имеет право запросить сведения, связанные со страховым случаем, у правоохранительных органов, медицинских учреждений, других предприятий, учреждений и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также вправе самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая.

11.11. В случае возникновения споров между сторонами о причинах и размере расходов каждая из сторон имеет право потребовать проведения экспертизы. Экспертиза проводится за счет стороны, потребовавшей ее проведения. Если результатами экспертизы будет установлено, что признание Страховщиком события не страховым было необоснованным, то Страховщик принимает на себя долю расходов по экспертизе, соответствующую соотношению суммы, признанной первоначально не подлежащей возмещению, и суммы возмещения, выплаченной после проведения экспертизы. Расходы на проведение экспертизы по событиям, признанным после ее проведения не страховыми случаями, относятся на счет Застрахованного лица.

11.12. Страховщик имеет право отсрочить выплату страхового возмещения в случае:

- а) возникновения споров в наличии Застрахованного лица на получение страхового возмещения – до тех пор, пока не будут представлены необходимые доказательства;
- б) если по фактам, связанным с наступлением страхового случая, соответствующими органами внутренних дел возбуждено уголовное дело, начат судебный процесс или проводится административное расследование против Застрахованного лица или его уполномоченных лиц, а также ведется расследование обстоятельств, повлекших расходы, до момента завершения расследования (процесса) или судебного разбирательства и установления невиновности Застрахованного лица;
- в) направления Страховщиком запросов третьим лицам о предоставлении сведений (информации, документов и т.д.), располагающих информацией об обстоятельствах события, произошедшего с Застрахованным лицом, в том числе в компетентные органы, по вопросам установления (расследования) причин и определения размера произведенных расходов, а также в случае направления Страховщиком в адрес третьих лиц запросов о разъяснениях – до момента получения ответов на запросы Страховщика;
- г) если получателем страховой выплаты не является лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением на страховую выплату, необходимо предоставить документ, удостоверяющий личность получателя выплаты и доверенность, выданную в нотариальной форме. В этом случае срок принятия решения (единый срок урегулирования требования о страховой выплате) начинается исчисляться с даты получения Страховщиком данного документа.

11.13. Если предоставленные на страховую выплату документы (включая банковские реквизиты) недостаточны для принятия Страховщиком решения о признании события страховым случаем и осуществления страховой выплаты, и/или оформлены ненадлежащим образом в соответствии с требованиями договора страхования и/или настоящих Правил страхования, то Страховщик:

- принимает их, если иное не предусмотрено для отдельного вида страхования законодательством Российской Федерации, при этом срок рассмотрения документов и принятия решения о страховой выплате начинается исчисляться с даты предоставления последнего из недостающих и/или надлежащим образом оформленных документов;
- в срок, не превышающий 15 (пятнадцать) рабочих дней со дня получения Заявления о страховом событии, надлежащим образом уведомляет (п. 2.24. пп. 1-4 настоящих Правил страхования) об этом заявителя с указанием перечня недостающих и/или ненадлежащим образом оформленных документов.

При этом срок предоставления ответов составляет не более 60 (шестидесяти) календарных дней со дня отправки запроса. Если ответ на запрос не поступил в указанный срок, Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней со дня принятия решения направляет уведомление о прекращении рассмотрения документов и невозможности произвести страховую выплату, либо вправе осуществить страховую выплату в неоспариваемой и подтвержденной части.

11.14. Общий срок урегулирования страхового события составляет не более 45 (сорока пяти) рабочих дней со дня получения заявления о страховом событии и всех необходимых и надлежащим образом оформленных документов.

11.14.1. Уведомление об отказе в страховой выплате направляется Застрахованному лицу/Выгодоприобретателю в течение 3 (трех) рабочих дней со дня принятия решения в письменном виде с обоснованием принятия такого решения и со ссылками на нормы права и/или условия договора страхования и правил страхования, на основании которых принято решение об отказе. Уведомление об отказе направляется одним или несколькими способами, предусмотренными п. 2.24. (пп. 1-4) настоящих Правил страхования.

11.14.2. Страховщик по письменному запросу Страхователя в срок, не превышающий 30 (тридцать) дней, предоставляет документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), обосновывающие решение об отказе, бесплатно один раз по одному событию, за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), направленных на получение страховой выплаты).

11.15. Страховая выплата производится в российских рублях в безналичной форме (на счет Застрахованного лица (или его представителя) по банковским реквизитам).

11.15.1. В случае наступления страхового события по рискам, указанным в главах 4.4 настоящих Правил страхования выплата производится в российских рублях по курсу ЦБ РФ на дату происшествия страхового случая.

11.16. В случаях, когда в документах на возмещение расходов нет обозначения валюты (только числовое значение), то расчет страхового возмещения и страховая выплата осуществляются исходя из курса национальной валюты страны пребывания (по курсу ЦБ РФ на дату страхового случая).

12. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

12.1. Страховщик обязан:

12.1.1. Ознакомить Страхователя (Застрахованное лицо) с настоящими Правилами страхования и информацией, указанной в п. 12.4.1. любым из способов, установленных п. 12.4.2.

12.1.2. Выдать договор страхования (страховой полис), настоящие Правила страхования, прочие материалы и документы, связанные с заключением договора страхования.

12.1.3. Перезаключить договор страхования или внести изменения в договор страхования по заявлению Страхователя в случае проведения Страхователем мероприятий, уменьшивших риск наступления страхового случая.

12.1.4. При заключении одного договора страхования в отношении нескольких Застрахованных лиц, по требованию Страхователя выдавать страховые полисы на каждого Застрахованного лица.

12.1.5. При рассмотрении Заявления о страховом событии и предоставленных документов, в случаях, когда предоставленные на страховую выплату документы (включая банковские реквизиты) недостаточны для принятия Страховщиком решения о признании события страховым случаем и осуществления страховой выплаты, и/или оформлены ненадлежащим образом в соответствии с требованиями Договора страхования и/или настоящих Правил страхования, то Страховщик:

– принимает их, если иное не предусмотрено для отдельного вида страхования законодательством Российской Федерации, при этом срок принятия решения или единый срок урегулирования требования о страховой выплате начинается исчисляться с даты предоставления последнего из недостающих и/или надлежащим образом оформленных документов;

– в срок, не превышающий 15 (пятнадцать) рабочих дней со дня получения Страховщиком заявления и документов, надлежащим способом (п. 2.24, пп. 1-4.) в письменном виде уведомляет об этом заявителя с указанием перечня недостающих и/или ненадлежащим образом оформленных документов.

12.1.6. Рассмотреть предоставленные документы по страховому событию, принять решение о признании/непризнании события страховым случаем и произвести страховую выплату или уведомить об отказе в страховой выплате в течение 45 (сорока пяти) рабочих дней;

12.1.7. В случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты (решение об отказе/о непризнании события страховым случаем) - в срок 3 (три) рабочих дня с даты принятия решения, сообщить Застрахованному лицу о своем решении в письменной форме с мотивированным обоснованием причин и со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и Правил страхования, на основании которых принято решение об отказе/о непризнании события страховым случаем.

12.1.8. Не разглашать, полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице и Выгодоприобретателе, о состоянии их здоровья, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

12.1.9. При получении запросов от Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) в течение 30 (тридцати) дней предоставлять информацию и документы (при условии возможности идентификации получателя страховых услуг в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июня 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных"):

12.1.9.1. По письменному запросу - информацию о порядке и методике расчета суммы страховой выплаты, включая исчерпывающий перечень норм права и/или условий Договора страхования и настоящих Правил страхования, обстоятельств и документов, на основании которых произведен расчет и/или принималось решение о страховой выплате, или принято решение об отказе в страховой выплате.

12.1.9.2. По устному, письменному запросу, в т.ч. в электронном виде - после принятия решения о страховой выплате предоставляет информацию о расчете суммы страховой выплаты, которая должна включать:

1) страховую сумму (ее часть) по личному страхованию (за исключением медицинского страхования), подлежащую выплате или окончательную сумму страхового возмещения, подлежащую выплате, по имущественному страхованию;

2) порядок расчета страховой выплаты;

3) исчерпывающий перечень норм права и (или) условий договора страхования и Правил страхования, обстоятельств и документов, на основании которых произведен расчет.

12.1.10. Предоставить бесплатно один раз в год по письменному (в том числе в электронном виде) запросу Страхователя:

12.1.10.1. По действующим договорам страхования - копии договора страхования (страхового полиса) и иных документов, являющихся неотъемлемой частью договора страхования (правила страхования, программу, план, дополнительных условий и пр.), за исключением информации, не подлежащей разглашению (персональные данные и условия страхования других застрахованных лиц, о размере страховой премии по коллективному договору страхования и пр.).

12.1.10.2. Заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии в связи с расторжением или досрочным прекращением договора страхования (страхового полиса) с письменными пояснениями и ссылками на нормы права, правила страхования, на основании которых произведен расчет.

12.2. Страхователь/Застрахованное лицо обязаны:

12.2.1. При заключении договора страхования сообщить Страховщику известные обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику.

12.2.2. Незамедлительно, но не позднее 24 (двадцати четырех) часов с момента, когда ему стало известно, сообщить Страховщику обо всех существенных изменениях в принятом на страхование риске одним из способов, установленным п. 2.24. (пп. 1-4.) или договором страхования.

12.2.3. Уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размере и в сроки, предусмотренные договором страхования.

12.2.4. Сообщить Страховщику о наступлении страхового события в любой форме, в соответствии со способами, установленными п. 2.24. или договором страхования после того, как ему стало известно о наступлении страхового события.

12.2.5. Предоставить Страховщику всю известную информацию о событии, имеющем признаки страхового случая, а также Заявление о страховом событии, составленное в письменном виде, в соответствии с установленной Страховщиком формой и все необходимые документы, указанные в п. 15.2. и 19.2. настоящих Правил страхования, для установления факта наступления страхового случая и определения размера суммы страховой выплаты.

12.2.6. Для подтверждения полученных в результате события, имеющего признаки страхового случая, травм/телесных повреждений явиться в обязательном порядке на медицинский осмотр и/или освидетельствование (экспертизу) в место, время и сроки, определенные Страховщиком.

12.2.7. Страхователь обязуется получить согласие Застрахованного лица на предоставление информации в соответствии со ст. 13 Федерального Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

12.2.8. Страхователь во исполнение требований Федерального закона от 07.08.2001 г. №115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» обязуется предоставить Страховщику по его запросу документы и сведения для проведения идентификации Страхователя, его представителя, Выгодоприобретателя, бенефициарного владельца, а также в случае необходимости обновления данных сведений.

12.3. Страховщик имеет право:

12.3.1. При заключении договора страхования провести обследование в медицинском учреждении лиц, принимаемых на страхование, для оценки фактического состояния их здоровья. При этом Страхователь (Застрахованное лицо) обязан оплатить проводимое обследование, если иное не предусмотрено договором страхования.

12.3.2. Страховщик вправе формировать на основе настоящих Правил страхования и действующего законодательства Российской Федерации соответствующие программы страхования в различной комбинации страховых рисков, страховых сумм (лимитов) и пр.

12.3.3. Запросить от Страхователя предоставление медицинских документов для оценки риска по страхователям, попадающим в категорию по п. 3.2.

12.3.4. Назначать и проводить медицинский осмотр, и/или освидетельствование, и/или экспертизу травм/телесных повреждений Застрахованного лица, полученных в результате события, имеющего признаки страхового случая.

12.3.5. Требовать от Выгодоприобретателя, в том числе и тогда, когда Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо, выполнения обязанностей по договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Выгодоприобретателем требования о страховой выплате.

12.3.6. При необходимости запрашивать сведения, связанные со страховым случаем, у правоохранительных органов, банков, медицинских учреждений и других предприятий, учреждений и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также вправе самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая. Страховщик вправе продлить срок рассмотрения документов по страховому событию до получения ответов.

12.3.7. Отсрочить решение о страховой выплате до окончания расследования или судебного разбирательства, либо установления невинности Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), если по фактам, связанным с наступлением страхового случая, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс.

12.3.8. Отсрочить решение о страховой выплате при необходимости проведения дополнительных независимых экспертиз и/или получения дополнительно запрошенных документов в соответствии с п. 12.1.6., а также в иных случаях, предусмотренных настоящими Правилами страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

12.3.9. Проводить проверку предоставленных документов.

12.3.10. При уведомлении об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, требовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Если Страхователь (Выгодоприобретатель) возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в соответствии с главой 29 ГК РФ.

12.3.11. Отказать в страховой выплате на основании причин, указанных в главах 5 и 19 настоящих Правил страхования.

12.3.12. Отказать в страховой выплате при предоставлении документов содержащих противоречивые, недостаточные или недостоверные сведения, заведомо ложные

сведения о причинах и обстоятельствах события/страхового случая, а также о видах и стоимости оказанных в связи с событием/страховым случаем услуг.

12.3.13. Страховщик имеет право запрашивать у Страхователя/Застрахованного лица/Выгодоприобретателя документы, оформленные надлежащим образом, дополнительные документы, удостоверяющие факт совершения/не совершения Поездки (все страницы загранпаспорта, включая пустые), получения/неполучения визы, наступления страхового события по несчастному случаю и иные документы, установленные законодательными и нормативными актами Российской Федерации, в том числе документы, удостоверяющие личность.

12.3.14. Страховщик имеет право запросить у Страхователя (Застрахованного лица) нотариально удостоверенную доверенность на имя представителя Страховщика на получение информации из медицинских и экспертных учреждений (информацию о состоянии здоровья, диагнозе, проведенном лечении и принятом решении об установлении инвалидности и т.д.).

12.3.15. Требовать от Застрахованного лица выполнения обязанностей по договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Застрахованным лицом требования о страховой выплате. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несет Застрахованное лицо.

12.3.16. Не производить страховую выплату, если Застрахованное лицо или его представитель:

- не представил все необходимые документы для принятия решения о выплате страхового возмещения (в том числе банковские реквизиты при выборе безналичного способа получения страховой выплаты);
- не сообщил Страховщику обо всех сведениях, имеющих значение для оценки степени риска;
- если страховой случай произошел по вине работодателя;
- если страховой случай произошел при выполнении Застрахованным лицом любого вида работ, не предусмотренных в условиях его трудового договора (контракта);
- если Страхователь (Застрахованное лицо) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения о здоровье Застрахованного лица и/или об объеме и стоимости оказанных медицинских услуг, иную информацию, необходимую для заключения договора страхования.

12.3.17. Требовать признания договора страхования недействительным, если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска).

12.3.18. Пользоваться иными правами, предусмотренными законодательством РФ и договором страхования.

12.4. Страхователь/Застрахованное лицо имеет право:

12.4.1. Ознакомиться:

- с информацией о Страховщике;
- с настоящими Правилами страхования;
- ключевым информационным документом (КИД), памятками по страхованию и пр.;

- с порядком действий при отказе от договора страхования в период охлаждения или расторжения договора;
- с порядком действий при обращении за страховой выплатой;
- с исключениями из страховых выплат, не принимаемых на страхование объектов;
- с информацией о порядке обращений при досудебном и судебном урегулировании претензий, в т.ч. в организации, осуществляющие надзор и контроль деятельности Страховщика;
- с текстом Базового стандарта защиты прав и интересов физических и юридических лиц – получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации.

12.4.2. С информацией по п. 12.2.1. Страхователь (Застрахованное лицо) вправе ознакомиться любым удобным способом:

- на сайте Страховщика;
- получением информации на указанную Страхователем электронную почту, через личный кабинет;
- на бумажных носителях (памятки, буклеты, ключевые информационные документы, рекомендации).

12.4.3. На своевременное получение комплекса страховых услуг, включенных в страховое покрытие в соответствии с условиями договора страхования, в пределах сумм, установленных при заключении договора страхования.

12.4.4. Получить дубликат страхового полиса в случае его утраты (или заверенную Страховщиком копию страхового полиса).

При этом взамен утраченного страхового полиса Страхователю выдается его дубликат. После выдачи дубликата утерянный полис (договор страхования) считается недействительным, и выплаты по нему не производятся.

12.4.5. Вносить изменения в Список Застрахованных лиц, а именно, исключать, включать, а также заменять отдельных Застрахованных лиц. Обо всех изменениях Страхователь извещает Страховщика письменно с приложением Списка Застрахованных лиц.

В случаях, когда по какому либо из Застрахованных лиц произведена выплата страхового возмещения по страховому случаю, то замена Застрахованного лица на другое лицо или возврат части страховой премии при исключении Застрахованного лица не производится.

12.4.5.1. Страхователь обязан уведомить о предполагаемых изменениях не менее чем за 10 (десять) рабочих дней до предполагаемой даты изменений, если договором страхования не предусмотрено иное. Все изменения в Список Застрахованных лиц вносятся путем заключения дополнительных соглашений к договору страхования;

12.4.5.2. в случае исключения из Списка Застрахованных лиц какого-либо Застрахованного лица, Страховщик производит возврат части страховой премии. Страховщик возвращает полученную страховую премию за не истекший срок договора страхования. Рассчитанная сумма возврата перечисляется Страхователю по его письменному требованию, при отсутствии требования, учитывается в дальнейших взаиморасчетах в рамках договора страхования;

12.4.5.3. в случае включения лиц в Список Застрахованных лиц оплата страховой премии осуществляется в соответствии условиями договора страхования. При этом

страховая премия уплачивается из расчета 1/12 части годовой премии за каждый полный и неполный месяц, оставшийся до конца срока действия договора, если иное не установлено договором страхования (страховым полисом);

12.4.5.4. в случае замены отдельных Застрахованных лиц другими, принятыми вместо них, страхование лиц, выбывших из Списка, прекращается в 24 часа того дня, который указан в заявлении Страхователя как дата изменения состава Застрахованных лиц, а вновь включенные в Список принимаются на страхование в 00 часов следующего дня.

- При этом страховые выплаты по вновь включенным в Список Застрахованным лицам производятся с учетом выплат, уже произведенных Страховщиком их предшественникам.

- Застрахованное лицо, названное в договоре страхования, может быть заменено Страхователем другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика.

- Данное условие не применяется в случае смерти Застрахованного лица по причинам иным, чем страховой случай. В этом случае замена Застрахованного лица производится только на основании письменного заявления Страхователя.

При замене Застрахованных лиц в случаях, предусмотренных настоящим пунктом, страховая премия дополнительно не уплачивается.

12.4.6. Заменить Выгодоприобретателя, названного в договоре страхования, другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика. Замена Выгодоприобретателя по договору страхования, назначенного с согласия Застрахованного лица, допускается лишь с согласия Застрахованного лица.

12.4.7. Отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

12.4.8. Досрочно отказаться от договора страхования в соответствии с настоящими Правилами страхования и законодательством Российской Федерации.

12.4.9. При расторжении договора страхования Страхователь/Застрахованное лицо при возврате страховой премии или ее части вправе указать получателем выплаты третье лицо, которому Страхователь поручил осуществить оплату страховой премии по договору страхования.

12.4.10. Направить запрос Страховщику:

- устный или письменный, в том числе в электронной форме, по разъяснениям расчета страховой премии и/или страховой выплаты;

- письменный о предоставлении информации и документов (включая копии и выписки), на основании которых Страховщиком было принято решение о страховой выплате или отказе в страховой выплате.

12.4.11. Обжаловать в установленном законом порядке решение Страховщика о признании случая не страховым (глава 14 настоящих Правил страхования).

12.4.12. Пользоваться иными правами, предусмотренными законодательством РФ и договором страхования.

12.5. Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) обязано:

12.5.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, в кратчайший срок:

- при наступлении несчастного случая - обратиться к врачу;

- при совершении Поездки – обратиться в Сервисный центр;

12.5.2. Неукоснительно соблюдать:

- рекомендации врача с целью уменьшения последствий страхового случая;
- рекомендации Сервисного центра при совершении Поездки.

12.5.3. Сообщить Страховщику о наступлении страхового события в любой форме, в соответствии со способами, установленными п. 2.24. или договором страхования после того, как ему стало известно о наступлении страхового события.

12.5.4. Предоставить Страховщику всю известную информацию о событии, имеющем признаки страхового случая, а также Заявление о страховом событии, составленное в письменном виде, в соответствии с установленной Страховщиком формой и все необходимые документы, указанные в п. 15.2. и 19.2. настоящих Правил страхования, для установления факта наступления страхового случая и определения размера суммы страховой выплаты.

12.6. Договором страхования могут быть предусмотрены также другие права и обязанности Страхователя и Страховщика.

13. ФОРС-МАЖОР

13.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение, а также ненадлежащее исполнение обязательств по договору страхования, если это неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств явилось следствием обстоятельств чрезвычайного характера, возникших после его заключения, которые стороны не могли ни предвидеть, ни предотвратить.

13.2. К обстоятельствам чрезвычайного характера относятся: наводнение, пожар, землетрясение, взрыв, шторм, оседание почвы, и иные явления природы, эпидемия и пандемия, а также война и военные действия и мероприятия, забастовка в отрасли или регионе.

13.3. Возможное неисполнение обязательств по договору страхования должно находиться в непосредственной причинно-следственной связи с указанными в настоящем подпункте обстоятельствами.

13.4. Форс-мажорные обстоятельства Стороны доказывают соответствующими документами, как-то: справки из компетентных государственных органов и т.п.

14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

14.1. Все споры по договору страхования между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным лицом) разрешаются по взаимному соглашению сторон:

- в досудебном порядке при обращении Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) с обращением (претензией) к Страховщику;
- с использованием медиативных процедур (п. 14.2.).

14.2. В случае если Стороны не пришли к соглашению, и сумма имущественных требований Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) составила менее 500 (пятисот) тысяч рублей, то Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) вправе направить обращение к Финансовому уполномоченному в порядке и сроки, определенные гл. 3 ФЗ-123 «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» (информация по порядку обращения доступна на сайте <https://www.erv.ru>).

14.3. Если Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) не согласно с решением Финансового уполномоченного, то все споры передаются на рассмотрение суда общей юрисдикции.

14.4. В случае если Стороны не пришли к соглашению, либо сумма имущественных требований составила более 500 (пятисот) тысяч рублей (п. 14.2.), все споры передаются на рассмотрение суда общей юрисдикции.

14.5. Право на предъявление претензий к Страховщику о выплате страхового возмещения по договору страхования сохраняется в течение срока исковой давности, установленного законодательством Российской Федерации, предусмотренного для имущественных видов страхования.

РАЗДЕЛ II ПОРЯДОК И РАЗМЕР СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ ПО РИСКАМ СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ (п. 4.3)

15. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН И ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

15.1. При наступлении страхового события, предусмотренного п. 4.3. настоящих Правил страхования, Застрахованное лицо в кратчайший срок обязано обратиться к врачу и неукоснительно соблюдать его рекомендации с целью уменьшения последствий страхового случая.

15.2. Для получения страховой выплаты Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) в согласованные (при уведомлении о наступлении страхового события) сроки, но не более 2 (двух) лет со дня страхового события, Страховщику подается Заявление о страховом событии в соответствии с п. 11.6. (пп. 11.6.1-11.6.2), составленное в письменном виде в соответствии с установленной Страховщиком формой:

15.2.1. Вместе с Заявлением о страховом событии Страховщику предоставляются следующие документы:

- договор страхования (страховой полис) или копия договора страхования;
- документ (копия документа), удостоверяющий личность Застрахованного лица (Выгодоприобретателя);
- документ (копия документа), подтверждающий родство Застрахованного лица и Страхователя (свидетельство о рождении, свидетельство о заключении брака, справка органов ЗАГС, выписка из домовой книги и пр.);
- Акт (или его копия) о несчастном случае на производстве, если несчастный случай произошел на производстве;
- документы компетентных органов (или их копии), относящиеся к страховому случаю (справка ОВД, Постановление о возбуждении уголовного дела, отказе в возбуждении уголовного дела, постановление о признании потерпевшим, решение суда) при наличии, если несчастный случай наступил в результате криминального события.
- по рискам страхования посещения мероприятий - документы, подтверждающие факт посещения мероприятия (оригинал Входного билета с погашенным «Контролем», документы, подтверждающие оплату Входного билета).

15.2.2. В случае травмы, дополнительно к перечисленным в п. 15.2.1. настоящих Правил страхования, предоставляются следующие документы:

- оригинал или копия справки лечебно-профилактического учреждения (выписка из медицинской карты амбулаторного / стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни)), заверенная печатью, с диагнозом, сроками лечения, результатами обследования, лечением;

- копия листка нетрудоспособности (больничного листа, электронного образа больничного листа), заверенная подписью ответственного сотрудника и печатью организации, в которой работает Застрахованное лицо (при наличии);
- копия заключения рентгенологического и/или ультразвукового исследования, компьютерной и/или магнитно-резонансной томографии в зависимости от характера травмы, подтверждающего поставленный диагноз.

15.2.3. В случае госпитализации, дополнительно к перечисленным в п. 15.2.1. настоящих Правил страхования, предоставляются следующие документы:

- оригинал или копия справки лечебно-профилактического учреждения (выписка из медицинской карты амбулаторного / стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни)), заверенная печатью, с диагнозом, сроками лечения, результатами обследования, лечением;
- копия листка нетрудоспособности (больничного листа, электронного образа больничного листа), заверенная подписью ответственного сотрудника и печатью организации, в которой работает Застрахованное лицо.

15.2.4. В случае инвалидности, дополнительно к перечисленным в п. 15.2.1. настоящих Правил страхования, предоставляются следующие документы:

- копии справки из учреждения медико-социальной экспертизы (МСЭ) об установлении инвалидности и (или) протокол МСЭ, заверенные лечебным учреждением;
- копия справки лечебно-профилактического учреждения (выписка из медицинской карты амбулаторного / стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни)), заверенная печатью, с диагнозом, сроками лечения, результатами обследования, лечением.

15.2.5. В случае утраты профессиональной трудоспособности, дополнительно к перечисленным в п. 15.2.1. настоящих Правил страхования, предоставляются следующие документы:

- копия справки из учреждения МСЭ о результатах установления степени утраты профессиональной трудоспособности, заверенная лечебным учреждением;
- копия справки лечебно-профилактического учреждения (выписка из медицинской карты амбулаторного / стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни)), заверенная печатью, с диагнозом, сроками лечения, результатами обследования, лечением;
- копия акта о профессиональном заболевании;
- копия решения суда об установлении факта несчастного случая на производстве или профессионального заболевания;
- заключение государственного инспектора по охране труда либо других должностных лиц (органов), осуществляющих контроль и надзор за состоянием охраны труда и соблюдением законодательства о труде.

15.2.6. В случае смерти дополнительно к перечисленным в п. 15.2.1. настоящих Правил страхования, предоставляются следующие документы:

- Копия свидетельства о смерти и копия справки о смерти с указанием причин смерти;
- копия протокола патологоанатомического исследования или акта судебно-медицинской экспертизы (если исследование не производилось - копию заявления родственников об отказе от вскрытия и копия справки из

патологоанатомического отделения, на основании которой выдается свидетельство о смерти) (при наличии);

– нотариально удостоверенное завещание либо свидетельство о праве на наследство, если в договоре страхования не назначен Выгодоприобретатель.

15.2.7. В случаях, когда страховое событие наступило в результате противоправных действий третьих лиц, преступных деяний, террористических актов, дополнительно предоставляются следующие документы:

– Акт судебно-медицинской экспертизы (патологоанатомического исследования) - оригинал или заверенная копия;

– Постановление о возбуждении или отказе в возбуждении уголовного дела (оригинал или заверенная копия);

– Постановление о возбуждении или отказе в возбуждении дела об административном правонарушении (оригинал или заверенная копия);

– Постановление о признании потерпевшим (оригинал или заверенная копия);

– Постановление о передаче дела в суд (оригинал или заверенная копия);

– Постановление о прекращении уголовного или административного дела (оригинал или заверенная копия);

– Решение суда (оригинал или заверенная копия).

15.2.8. По иным рискам предоставляются следующие документы:

а) «Клещевой энцефалит»:

– Копия справки лечебно-профилактического учреждения (выписка из медицинской карты амбулаторного / стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни)), заверенная печатью, с диагнозом, сроками лечения, результатами обследования, лечением;

– копия листка нетрудоспособности (больничного листа, электронного образа больничного листа), заверенная подписью ответственного сотрудника и печатью организации, в которой работает Застрахованное лицо (при наличии);

– копия заключения врача-специалиста (инфекциониста);

– результаты проведенных анализов (копии).

15.2.9. Все документы должны быть заверены организацией, выдавшей их.

15.3. При необходимости Страховщик имеет право запрашивать другие документы у Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), если в отсутствие таких документов невозможно установить факт, причины и обстоятельства наступления страхового случая и (или) размер причиненного Страхователю (Выгодоприобретателю) вследствие страхового случая ущерба, а также сведения, связанные со страховым случаем, у правоохранительных органов, банков, медицинских учреждений и других предприятий, учреждений и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также вправе самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая (п. 12.1.6).

15.4. Если по фактам, связанным с наступлением страхового случая, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, Страховщик имеет право отсрочить решение о страховой выплате до окончания расследования или судебного разбирательства, либо установления невиновности Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя).

15.5. Страховщик вправе признать событие страховым случаем и произвести страховую выплату или ее неоспариваемую часть на основании предоставленных документов.

15.6. При принятии решения об отказе в признании события страховым случаем и/или отказе в страховой выплате, уведомление об отказе направляется Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) в письменном виде в течение 3 (трех) рабочих дней со дня принятия решения с мотивированным обоснованием причин отказа.

15.7. Рассмотрение предоставленных документов и осуществление страховой выплаты осуществляется в срок 45 (сорок пять) рабочих дней с даты предоставления заявления и всех необходимых и надлежащим образом оформленных документов.

15.8. Страховая выплата производится путем перечисления, на банковский счет Застрахованного лица (Выгодоприобретателя), указанный в Заявлении о страховом событии.

15.9. Если договором страхования не предусмотрено иное, при страховании с валютным эквивалентом страховое возмещение выплачивается в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для соответствующей валюты на дату наступления страхового случая.

15.10. Если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, внесение которого просрочено, при определении размера страховой выплаты Страховщик имеет право зачесть сумму просроченного страхового взноса либо потребовать от Страхователя произвести уплату очередного страхового взноса.

При этом Страхователь обязан в срок не позднее 10 (десяти) банковских дней с момента предъявления такого требования уплатить очередной страховой взнос.

15.11. Страховая выплата может быть произведена представителю Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) по доверенности, оформленной Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) в установленном законодательством РФ порядке.

15.12. Если Выгодоприобретатель умер, не успев получить страховую выплату по договору страхования, то выплата осуществляется наследникам Выгодоприобретателя.

15.13. Страховая выплата не производится в случаях, предусмотренных в разделе 10 настоящих Правил страхования, а также в других случаях, предусмотренных договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

16. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

16.1. При наступлении страхового случая Страховщик осуществляет страховую выплату в порядке, установленном настоящими Правилами страхования и договором страхования.

16.2. При наступлении страхового случая «травма» в период действия договора страхования страховая выплата производится в соответствии с Таблицами размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем (травмах) Застрахованного лица в процентах от страховой суммы, согласно Приложению 1 к настоящим Правилам страхования.

16.3. При наступлении страхового случая «госпитализация» страховая выплата производится в размере, предусмотренном договором страхования, за каждый день стационарного лечения (Приложение 1), но не более чем за 30 (тридцать) дней госпитализации, если договором страхования не предусмотрено иное.

Договором страхования может быть предусмотрен период ожидания (временная франшиза) – первое количество дней госпитализации, не покрываемых страхованием.

16.3.1. При заключении договора страхования на новый срок в отношении одного и того же Застрахованного лица период ожидания не действует, при условии, что дата начала нового договора страхования следует за датой окончания предыдущего договора страхования (страхового полиса).

Данное условие распространяется только на договоры со сроком страхования 12 месяцев.

16.4. При наступлении страхового случая «инвалидность» страховая выплата производится при установлении Застрахованному лицу инвалидности в соответствии с вариантом, предусмотренным договором страхования:

16.4.1. Вариант:

- 1-ой группы инвалидности – 100% от страховой суммы;
- 2-ой группы инвалидности – 80% от страховой суммы;
- 3-ей группы инвалидности – 70% от страховой суммы;
- категории «ребенок-инвалид» – 100% от страховой суммы.

16.4.2. Если в течение срока действия договора страхования происходит смена группы инвалидности Застрахованного лица в сторону увеличения ее степени, то Страховщик производит дополнительную выплату в размере разницы между размером страховой выплаты, подлежащей выплате при более высокой степени инвалидности, и страховой выплатой, произведенной по установленной ранее более низкой группе инвалидности.

16.5. При наступлении страхового случая «профессиональная нетрудоспособность», страховая выплата производится при утрате Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности в соответствии с одним из следующих вариантов, предусмотренных договором страхования:

16.5.1. Вариант 1 - 100% от страховой суммы, если Застрахованное лицо утратило профессиональную трудоспособность на 60% и более, если иной процент утраты профессиональной трудоспособности не установлен в договоре страхования.

16.5.2. Вариант 2 - В определенном проценте от страховой суммы, при этом данный процент соответствует проценту утраты Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности.

16.5.3. Договором может быть установлен период ожидания (временная франшиза), в течение которого наступление профессиональной нетрудоспособности не будет рассматриваться как страховой случай.

16.5.4. Если в договоре страхования не указан ни один из вариантов страховой выплаты из указанных выше и/или не предусмотрен иной вариант, то при наступлении страхового случая «профессиональная нетрудоспособность» выплата производится по Варианту 1.

16.6. При наступлении страхового случая «смерть» страховая выплата производится в размере страховой суммы (100%).

16.7. В случае получения Застрахованным нескольких повреждений или увечий, перечисленных в разных разделах таблицы, общий размер страховой выплаты рассчитывается путем суммирования размеров выплаты по разным разделам.

16.8. В случае получения Застрахованным лицом нескольких повреждений (травм) по одной статье таблицы, страховая выплата производится только по наиболее тяжелому повреждению (большой процент выплаты).

16.9. В случае проведения Застрахованному лицу нескольких операций, обусловленных полученной травмой, выплата осуществляется за операцию, предусматривающую наибольший процент выплаты.

16.10. Страховые суммы по страховым рискам и договору страхования являются агрегатными (уменьшаемыми на размер страховых выплат).

16.11. Страховая выплата рассчитывается в соответствии с Приложением 1 к настоящим Правилам страхования как произведение процента по статье выплаты к страховой сумме/лимиту страховой суммы по риску или договору, с учетом ранее произведенных выплат.

16.12. Общая сумма страховых выплат по одному или нескольким страховым случаям, страховым рискам, произошедшим по договору страхования в отношении одного и того же Застрахованного лица, не может превышать размера общей страховой суммы, установленной договором в отношении этого Застрахованного лица.

РАЗДЕЛ III. ПОРЯДОК И РАЗМЕР СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ ПРИ СТРАХОВАНИИ МЕДИЦИНСКИХ, МЕДИКО-ТРАНСПОРТНЫХ РАСХОДОВ.

17. РАСХОДЫ, ВОЗМЕЩАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ ПО РИСКАМ СТРАХОВАНИЯ ИМУЩЕСТВЕННЫХ ИНТЕРЕСОВ ГРАЖДАН, ВЫЕЗЖАЮЩИХ ЗА ПРЕДЕЛЫ ПОСТОЯННОГО МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА (п. 4.4)

17.1. При наступлении в период Поездки событий, перечисленных в п. 4.4. настоящих Правил страхования, Страховщик возмещает (производит выплаты):

17.1.1. Медицинские расходы по амбулаторному и/или стационарному лечению при возникновении или обострении заболеваний в период Поездки, которые включают:

17.1.1.1. оплату врачебных услуг, в том числе на амбулаторное лечение (включая дистанционные консультации с врачом онлайн с использованием информационно-коммуникационной сети Интернет, организованных Сервисным центром);

17.1.1.2. расходы по проведению диагностических исследований с последующим назначением лечения (в т.ч. магнитно-резонансную томографию (МРТ) и компьютерную томографию (КТ));

17.1.1.3. расходы за стационарное лечение, включая необходимые (разумные и достаточные) медицинские исследования, лечение, оперативные вмешательства и послеоперационный уход, физиотерапию (как часть лечения при госпитализации, назначенного врачом), а также лечение кессонной болезни в компрессионной барокамере;

17.1.1.4. расходы на услуги местной скорой помощи (если причиной вызова явились достаточные медицинские основания), в том числе расходы по транспортировке автомашиной скорой помощи или иным транспортным средством (включая, но, не ограничиваясь этим, самолет санавиации и/или вертолет) с места происшествия в ближайшее медицинское учреждение или к находящемуся в непосредственной близости врачу в стране или месте временного пребывания, для оказания

экстренной медицинской помощи в случае, когда Застрахованное лицо находится в критическом состоянии и не имеет физической возможности направиться в ближайшее медицинское учреждение самостоятельно без медицинского сопровождения;

17.1.1.5. расходы на приобретение лекарственных препаратов и перевязочных средств (по назначению лечащего врача, необходимых только для лечения заболевания, риск которого застрахован, и только в целях снятия острого состояния);

17.1.1.6. расходы по оплате назначенных врачом средств фиксации (при этом Страховщиком могут оплачиваться как приобретение, так и прокат средств фиксации). К средствам фиксации в рамках настоящих Правил страхования, в частности относятся костыли, специальная обувь для ходьбы, инвалидные кресла-коляски и другое ортопедическое оборудование.

17.1.2. Расходы на оплату медицинской помощи в экстренной и неотложной формах:

17.1.2.1. необходимой для предотвращения непосредственной угрозы жизни или здоровью или связанной с купированием острой боли при заболеваниях, известных Застрахованному лицу к моменту заключения договора страхования, включая обострение хронических заболеваний, проявления любых форм гепатита и эпилептические приступы;

17.1.2.2. необходимой для предотвращения непосредственной угрозы жизни или здоровью при онкологических заболеваниях, доброкачественных новообразованиях, в том числе гемобластозах, и их осложнениях, до момента установления диагноза и по событиям, происшедшим за пределами территории РФ.

При этом ответственность Страховщика ограничивается суммой, указанной в договоре страхования (страховом полисе).

17.1.3. Страховщик возмещает расходы на экстренную стоматологическую помощь, а именно:

17.1.3.1. расходы, связанные с болеутоляющим лечением естественного зуба, включая его удаление, при травме зуба в результате несчастного случая;

17.1.3.2. расходы, связанные с болеутоляющим лечением естественного зуба, включая его удаление, при остром воспалении зуба, а также окружающих зуб тканей (анестезия, вскрытие воспаленной ткани и дренирование, остановка кровотечения);

17.1.3.3. расходы на экстренную стоматологическую помощь покрываются в пределах оговоренного лимита возмещения, отраженного в «особых условиях» договора страхования (страхового полиса).

17.1.4. Расходы, связанные с оказанием необходимой амбулаторной и/или стационарной помощи в результате внезапного осложнения беременности, угрожающего жизни и здоровью Застрахованного лица, или последствий документально подтвержденного несчастного случая.

В любом случае срок беременности на дату наступления события не должен превышать 24 (двадцати четырех) недель включительно.

При этом Страховщик оплачивает необходимые медицинские расходы по амбулаторной и/или по стационарной помощи, а также медико-транспортные и иные транспортные расходы в пределах лимита страховой суммы, установленной в договоре страхования (страховом полисе).

17.2. Медико-транспортные расходы, которые включают:

17.2.1. Расходы по медицинской транспортировке, которые включают:

17.2.1.1. расходы по перемещению (транспортировке) с места происшествия в медицинское учреждение и обратно из медицинского учреждения или клиники частнопрактикующего врача, до места временного пребывания Застрахованного лица, покрываются Страховщиком в размере, не превышающем сумму в российских рублях, установленную договором страхования (страховым полисом).

17.2.2. Расходы по медицинской эвакуации, которые включают:

17.2.2.1. Расходы по медицинской эвакуации адекватным транспортным средством, включая расходы на сопровождающее лицо (если такое сопровождение предписано врачом) или сопровождение медицинским персоналом, и/или наличие соответствующего медицинского оборудования (если такое сопровождение назначено лечащим врачом), из места пребывания Застрахованного лица до места его постоянного жительства или до ближайшего медицинского учреждения по месту жительства при условии отсутствия в месте временного пребывания возможностей для предоставления требуемой медицинской помощи, или когда расходы по пребыванию в стационаре могут превысить установленный в договоре страхования лимит возмещения, или в случаях, когда лечение за рубежом значительно превышает расходы на медицинскую эвакуацию. Медицинская эвакуация осуществляется исключительно в случаях, когда ее необходимость документально подтверждается заключением лечащего врача и согласована со Страховщиком (Сервисной компанией), при условии отсутствия медицинских противопоказаний. Расходы по экстренной медицинской эвакуации покрываются в пределах установленной в договоре страхования суммы.

17.2.3. Расходы по возвращению тела (останков), которые включают:

17.2.3.1. оплату гроба или кремации, а также оформление необходимых документов, транспортировку груза 200, санкционированные Сервисной компанией (Сервисным центром) или произведенные самостоятельно родственниками Застрахованного лица, но в обязательном порядке согласованные с Сервисной компанией (Сервисным центром) или Страховщиком, в страну постоянного жительства Застрахованного лица, если его смерть наступила в результате страхового случая. Расходы по возвращению тела (останков) покрываются в пределах установленной в договоре страхования суммы. При этом Страховщик не оплачивает расходы на ритуальные услуги на территории постоянного места жительства Застрахованного лица.

17.2.3.2. Застрахованное лицо возмещает Страховщику все реально понесенные последним расходы, вызванные отказом Застрахованного лица от услуг по эвакуации его в страну постоянного проживания, которые Страховщик организовал с согласия Застрахованного лица.

17.2.4. Расходы по поиску и спасению, которые включают:

17.2.4.1. Расходы, связанные с поисково-спасательными мероприятиями с целью обнаружения Застрахованного лица в горах, на море, в пустыне, в джунглях или других удаленных районах, включая расходы на авиа-/морской поиск и эвакуацию на берег с судна или из моря.

Расходы по поиску и спасению при несчастном случае, бедствии в горах или на море Страховщик возмещает в пределах лимита, установленного в договоре страхования (страховом полисе).

17.3. Иные непредвиденные расходы, которые включают в себя:

17.3.1. Расходы по пребыванию в стационаре одного взрослого (родителя, опекуна, близкого родственника) при экстренной госпитализации ребенка до 18 (восемнадцати) лет.

17.3.2. Расходы на возвращение (только оплата проездного документа экономического класса до места постоянного проживания) одного лица, участвующего в совместной Поездке с Застрахованным лицом (указанных в одном договоре страхования), и его несовершеннолетних детей, в случае вынужденного досрочного возвращения из Поездки или задержки пребывания последнего по причине эвакуации или возвращения тела (останков) Застрахованного лица, наступившие в результате страхового события.

17.3.3. Расходы по возвращению несовершеннолетних детей (проезд в один конец экономическим классом, подтвержденный проездными документами), находящихся вместе с Застрахованным лицом во время пребывания за пределами постоянного места жительства, до места их постоянного проживания в случае, если дети остались без присмотра в результате происшедшего с Застрахованным лицом страхового случая, а также оплату дорожных расходов одного взрослого, сопровождающего ребенка или детей. Если Застрахованное лицо не может назвать такого человека, то Страховщик организует и оплатит расходы по соответствующему сопровождению

17.3.4. Расходы на визит совершеннолетнего третьего лица в случаях госпитализации или смерти Застрахованного лица, путешествующего в одиночку либо с несовершеннолетними детьми. При этом возмещаются расходы на проезд в оба конца экономическим классом (подтвержденные проездными документами) с места постоянного проживания и обратно. Страховщик также возмещает расходы на проживание третьего лица в гостинице, но не более суммы в российских рублях, установленной договором страхования (страховым полисом).

Допускается визит совершеннолетнего третьего лица в случаях, когда в результате события пострадали (госпитализированы, установлена смерть) все Застрахованные лица по договору страхования (либо единственное совершеннолетнее Застрахованное лицо), при условии, что все пострадавшие (заболевшие) Застрахованные лица являются членами одной семьи (близкими родственниками).

17.3.5. Расходы на оплату проживания и проезда Застрахованного лица в случае его задержки в Поездке по причине карантинного заболевания и/или экстренной госпитализации либо наличия медицинских противопоказаний к полету, возникших накануне или в день возвращения из Поездки.

При этом покрываются расходы на проживание и оплату проезда экономическим классом к постоянному месту жительства (при наличии подтверждающих документов), если имели место карантинные заболевания (детские инфекции, опасные болезни), повлекшие введение карантина в отношении Застрахованного лица (при положительных тестах/анализах на опасное заболевание), а также травмы и болезни, потребовавшие экстренной госпитализации; либо возникшие накануне или в день вылета медицинские противопоказания к полету (подтверждаемые медицинскими документами).

Расходы на проживание в гостинице возмещаются в размере лимитов, установленных договором страхования (страховым полисом). При этом проживание организуется Сервисной компанией либо Застрахованным лицом самостоятельно, но при условии обязательного согласования с Сервисной компанией.

17.3.6. Расходы Застрахованного лица на проезд до места постоянного проживания в одну сторону (оплата проезда только экономическим классом до места постоянного проживания, подтвержденная проездными документами), включая трансфер до аэропорта, в случае если его отъезд не состоялся вовремя, т.е. в день, указанный в проездных документах, находящихся на руках у Застрахованного лица, по причине наступления страхового случая, **повлекшего необходимость пребывания Застрахованного лица на стационарном лечении.**

17.3.7. Расходы по досрочному возвращению Застрахованного лица на место постоянного проживания (оплата проезда только экономическим классом до места постоянного проживания, подтвержденная проездными документами) в случае внезапной болезни (при условии экстренной госпитализации) или непредвиденной смерти его близкого родственника (в том числе близкого родственника супруга/супруги) в стране/территории постоянного проживания.

17.3.8. Для возмещения расходов Застрахованного лица на телефонные переговоры или короткие текстовые сообщения (sms) с Сервисной компанией и/или Страховщиком при наступлении страховых случаев к заявлению Застрахованного лица должны быть приложены счета за телефонные переговоры и sms-сообщения. Страховая выплата ограничивается суммой, установленной в договоре страхования, отраженной в разделе «Особые условия» договора страхования (страхового полиса).

18. МЕДИКО-ТРАНСПОРТНЫЕ И ИНЫЕ РАСХОДЫ, ВОЗМЕЩАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ (п. 4.5)

18.1. При наступлении в период Поездки событий, перечисленных в п. 4.5. настоящих Правил страхования, Страховщик возмещает (производит выплаты) в соответствии с условиями п. 18.2. и 18.3. настоящей главы.

18.2. Медико-транспортные расходы, которые включают:

18.2.1. Расходы по транспортировке, организованной Застрахованным лицом самостоятельно, которые включают:

18.2.1.1. расходы по перемещению (транспортировке) из места временного пребывания (или медицинского учреждения или клиники частнопрактикующего врача) до места постоянного жительства, организованному самим Застрахованным лицом, покрываются Страховщиком в размере, не превышающем сумму в российских рублях, установленную договором страхования (страховым полисом).

18.2.2. Расходы по медицинской эвакуации в результате несчастных случаев, организованной Сервисной компанией или Застрахованным лицом самостоятельно, которые включают:

18.2.2.1. *Расходы по медицинской эвакуации* адекватным транспортным средством при необходимости транспортировки Застрахованного лица в случаях, когда Застрахованное лицо не может самостоятельно передвигаться и требуется сопровождение медицинским персоналом и/или наличие соответствующего медицинского оборудования (если такое сопровождение предписано лечащим врачом), включая расходы на такое сопровождение, из лечебного учреждения в месте временного пребывания Застрахованного лица до места его постоянного жительства или до ближайшего медицинского учреждения по месту постоянного жительства. Решение о необходимости/возможности медицинской эвакуации

принимается лечащим врачом (экспертной медицинской комиссией, лечебным учреждением) и по согласованию со Страховщиком (Сервисной компанией), при условии отсутствия медицинских противопоказаний. Расходы по медицинской эвакуации покрываются в пределах установленной в договоре страхования суммы/лимита страховой суммы.

18.2.3. Расходы по возвращению тела (останков), которые включают:

18.2.3.1. оплату гроба или кремации, а также оформление необходимых документов, транспортировку груза 200, санкционированные и/или организованные Сервисной компанией (Сервисным центром) или произведенные самостоятельно родственниками Застрахованного лица, к месту постоянного жительства Застрахованного лица, если его смерть наступила в результате несчастного случая. Расходы по возвращению тела (останков) покрываются в пределах установленной в договоре страхования суммы. При этом Страховщик не оплачивает расходы на ритуальные услуги на месте постоянного жительства Застрахованного лица.

18.2.3.2. Застрахованное лицо возмещает Страховщику все реально понесенные последним расходы, вызванные отказом Застрахованного лица от услуг по эвакуации его в страну постоянного проживания, которые Страховщик организовал с согласия Застрахованного лица.

18.2.4. Расходы по поиску и спасению при несчастных случаях (организованные МЧС, службой спасения и/или иными ответственными службами), которые включают:

18.2.4.1. Расходы, связанные с поисково-спасательными мероприятиями с целью обнаружения Застрахованного лица в горах, на море, в пустыне, в джунглях или других удаленных районах, включая расходы на авиа-/морской поиск и эвакуацию на берег с судна или из моря.

18.2.4.2. Расходы по поиску и спасению при несчастных случаях, бедствии в горах или на море Страховщик возмещает в пределах лимита, установленного в договоре страхования (страховом полисе).

18.3. Иные непредвиденные расходы, возникшие в результате несчастных случаев, включают в себя:

18.3.1. **Расходы по возвращению несовершеннолетних детей** (проезд в одну сторону экономическим классом, подтвержденный проездными документами), находящихся вместе с Застрахованным лицом во время пребывания за пределами постоянного места жительства, до места их постоянного проживания в случае, если дети остались без присмотра в результате происшедшего с Застрахованным лицом страхового случая, а также оплату дорожных расходов одного взрослого, сопровождающего ребенка или детей. Если Застрахованное лицо не может назвать такого человека, то Страховщик организует и оплатит расходы по соответствующему сопровождению.

18.3.2. **Расходы на визит совершеннолетнего третьего лица** при госпитализации в результате несчастного случая Застрахованного лица, путешествующего в одиночку либо с несовершеннолетними детьми. При этом возмещаются расходы третьего лица на проезд в обе стороны экономическим классом (подтвержденные проездными документами) с места постоянного проживания и обратно. Страховщик также возмещает расходы на проживание третьего лица в гостинице, но не более суммы установленной в договоре страхования (страховом полисе).

Допускается визит совершеннолетнего третьего лица в случаях, когда в результате события пострадали (госпитализированы) все Застрахованные лица по договору страхования (либо единственное совершеннолетнее Застрахованное лицо), при условии, что все пострадавшие Застрахованные лица являются членами одной семьи (близкими родственниками).

18.4. В случаях, когда расходы, указанные в настоящей главе и предусмотренные программой страхования, Застрахованное лицо несет самостоятельно, то:

18.4.1. Застрахованное лицо, которое самостоятельно понесло расходы, связанные со страховым случаем, при возвращении из Поездки в письменной форме (пп. 11.6.1.-11.6.2.) заявляет Страховщику о случившемся и представить документы в соответствии с п. 20.2 настоящих Правил страхования.

18.5. В случаях организации мероприятий Страховщиком/Сервисной компанией Застрахованное лицо осуществляет действия в соответствии с главой 20 настоящих Правил страхования.

19. НЕ ЯВЛЯЮТСЯ СТРАХОВЫМИ СЛУЧАЯМИ, НЕ ПРИНИМАЮТСЯ НА СТРАХОВАНИЕ И НЕ ВОЗМЕЩАЮТСЯ РАСХОДЫ

19.1. При наступлении в период Поездки случаев, перечисленных в главах 17 и 18, Страховщик не покрывает и не возмещает:

19.1.1. расходы, связанные с лечением последствий несчастных случаев и/или травм, произошедших с Застрахованным лицом до начала Поездки;

19.1.2. расходы на диагностические услуги и мероприятия (в том числе консультации и лабораторные исследования), общие медицинские осмотры, прививки без последующего лечения или назначения лечения, а также без установления диагноза, в том числе предположительного;

19.1.3. расходы, связанные с высокотехнологическими операциями на сердце и сосудах, в том числе на ангиографию, ангиопластику, шунтирование и т.п., кроме состояний, связанных с непосредственной угрозой жизни и здоровью Застрахованного лица (ОИМ, ОНМК).

При этом если указанные расходы невозможно выделить из общего счета на лечение, то Страховщик не оплачивает первые 2 (двое) суток пребывания Застрахованного лица в стационаре;

19.1.4. расходы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинских услуг, не связанных с внезапным заболеванием или несчастным случаем;

19.1.5. любые расходы, связанные с лечением заболеваний, сопровождающихся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующих проведения очередного программного (планового) гемодиализа, кроме снятия острого состояния, когда гемодиализ проводится в целях спасения жизни Застрахованного лица;

19.1.6. расходы, связанные с лечением в санаториях и профилакториях, с размещением и лечением в домах инвалидов, водных, спа-, природных клиниках, санаториях или аналогичных заведениях или больницах;

19.1.7. расходы, связанные с косметической или пластической, плановой хирургией, проводимые с целью улучшения психологического или физического состояния Застрахованного лица, в том числе по поводу заболеваний кожи (мозоли, папилломы, бородавки и невусы, кондиломы), включая любые осложнения, которые вызваны такими видами процедур и оперативным лечением, проводимым с

эстетической или косметической целью;

19.1.8. расходы, связанные с лечением с использованием методов мануальной терапии, рефлексотерапии (проведение акупунктуры), хиропрактики, массажа, гомеопатии, фито- и натуротерапии, физиотерапии (не связанной с лечением и не назначенной врачом) и т.п., в том числе последствия такого лечения;

19.1.9. расходы, связанные с устойчивыми расстройствами поведения, невротами (паническими атаками, депрессиями, истерическими синдромами и т.п.), пароксизмальными расстройствами нервной системы, расстройствами сна, демиелизирующими заболеваниями нервной системы, а также их осложнениями и любыми другими последствиями (травмы, заболевания или смерть), вызванные этими состояниями у Застрахованного лица или его близких родственников, близких родственников супруга (супруги) Застрахованного лица, за исключением случаев, требующих оказания экстренной медицинской помощи при наличии угрозы для жизни;

19.1.10. расходы, связанные с проведением восстановительной хирургии, реконструктивной хирургии, всякого рода протезированием, включая зубное и глазное протезирование, а также осложнения, вызванные этими видами лечения;

19.1.11. расходы, связанные с контрацепцией, стерилизацией (или обратной процедурой), оплодотворением, ЭКО, вазэктомией, изменением пола или другими состояниями полового характера, бесплодием или связанным с этим состоянием здоровьем, связанные с искусственным осеменением, лечением бесплодия и расходами по предупреждению зачатия или другими формами искусственной репродукции;

19.1.12. расходы по проведению плановых прививок Застрахованным лицам, вакцинаций (в том числе плановых и/или при совершении поездок с целью вакцинации), за исключением случаев, возникших в результате вакцинаций/прививок и требующих оказания экстренной медицинской помощи;

19.1.13. расходы, связанные с обследованием и лечением заболеваний научно не признанными методами;

19.1.14. расходы, связанные с оказанием услуг медицинским учреждением (лечащим врачом в стране пребывания), не имеющим соответствующей лицензии, либо если действие лицензии было приостановлено;

19.1.15. расходы по лечению на территории Российской Федерации, которые оказываются или могут быть оказаны по системе обязательного медицинского страхования;

19.1.16. расходы по лечению на территории Российской Федерации за пределами административных границ территории Поездки/территории наступления страхового случая;

19.1.17. любые расходы на повышение уровня комфортности больничной палаты, перелета, проживания и т.д.;

19.1.18. расходы в связи с приобретением несертифицированных лекарственных препаратов (или состав которых скрывается составителем), а также расходы, связанные с приобретением пищевых продуктов, укрепляющих средств, средств для похудения и слабительных, выдаваемых по рецепту, косметических средств, БАДов, минеральной воды и добавок к воде в ванне;

19.1.19. расходы на лечение, которое осуществлялось родственниками Застрахованного лица;

19.1.20. расходы, связанные с предоставлением услуг, не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения, или с лечением, не назначенным лечащим врачом в стране пребывания;

19.1.21. расходы, связанные с приобретением очков, контактных линз, слуховых аппаратов, протезов, а также расходы по всем видам протезирования;

19.1.22. расходы, связанные с лечением лучевой болезни;

19.1.23. расходы, связанные с операциями по пересадке органов и тканей;

19.1.24. расходы, связанные с ведением беременности, родами, абортom и искусственным прерыванием беременности, кроме случаев, отдельно оговоренных в договоре страхования.

Страховщик не несет ответственности и не возмещает никакие расходы, возникшие в связи с уходом, медицинским наблюдением, лечением, транспортировкой, эвакуацией и возвращением новорожденного ребенка Застрахованного лица;

19.1.25. расходы, связанные с любыми претензиями, возникшими в ходе Поездки, предпринятой, несмотря на медицинские противопоказания;

19.1.26. расходы, возникшие в результате добровольного отказа Застрахованного лица от выполнения предписаний врача, полученных им в связи с обращением по поводу страхового случая;

19.1.27. расходы, возникшие в связи с пребыванием Застрахованного лица в состоянии алкогольного, наркотического и/или токсического опьянения или под воздействием психотропных и токсических веществ (за исключением случаев отравления легально приобретёнными недоброкачественными алкогольными напитками) и свершившимся событием;

19.1.28. расходы по стационарному лечению, не санкционированные Страховщиком посредством Сервисной компании, кроме случаев наличия объективных обстоятельств, препятствующих согласованию госпитализации на момент наступления страхового события, при обязательном условии согласования подобных расходов при первой же возможности самим Застрахованным лицом или его представителем до возвращения Застрахованного лица из Поездки в страну постоянного проживания;

19.1.29. расходы, связанные с лечением травм, заболеваний, вызванных занятиями спортом в нарушение правил и требований техники безопасности, пожарной безопасности, квалифицируемые как административные правонарушения и/или уголовные преступления, организованные на запрещенных к таким занятиям территориях (например: паркур, спуски по запрещенным трассам, ружинг, уличная акробатика, восхождения по зданиям, прыжки с высотных зданий с парашютом или в специальном снаряжении и аналогичные виды деятельности).

В случаях, когда вид спорта не попадает под действие настоящего пункта (19.1.29), необходимо отнести его к категории «экстремальный спорт» (2.47.3);

19.1.30. расходы, связанные с лечением травм, заболеваний, вызванных занятием Застрахованным лицом опасными видами профессиональной деятельности (в том числе в качестве цирковых и театральных артистов, гимнастов, артистов балета и пр.), либо производственной деятельности (в качестве горняка, строителя, электромонтажника, промышленного альпиниста и т.п.), если иное не предусмотрено договором страхования (страховым полисом), что должно быть отражено в договоре страхования и влечет за собой увеличение страховой премии, согласно разработанным Страховщиком тарифам;

19.1.31. расходы, связанные с лечением травм, заболеваний, полученных в прямой или косвенной зависимости от наличия гражданской войны, народных волнений, всякого рода забастовок, восстаний, мятежей, массовых беспорядков и их последствий, введения чрезвычайного или особого положения по распоряжению военных и гражданских властей;

19.1.32. расходы по транспортировке/эвакуации в случае незначительных болезней или травм, которые, по мнению назначенного Страховщиком медицинского консультанта, поддаются местному лечению и не препятствуют продолжению Поездки Застрахованного лица;

19.1.33. расходы в отношении любой эвакуации и/или возвращения тела (останков), не организованные Страховщиком или Сервисной компанией (кроме случаев невозможности согласования эвакуации и транспортировки по уважительным причинам - обстоятельствам непреодолимой силы, тяжелого физического состояния, из-за нахождения в труднодоступном месте, технических неполадок с системой телефонной связи и т.п.);

19.1.34. расходы в отношении любой эвакуации и/или возвращения тела (останков) в результате онкологических заболеваний;

19.1.35. расходы вследствие преднамеренного (планового) лечения за рубежом.

19.2. *При наступлении в период Поездки случаев, перечисленных в п. 17.2.3. и 18.2.3. Страховщик не возмещает расходы по возвращению тела (останков), если смерть была вызвана следующими обстоятельствами, а именно:*

19.2.1. если смерть наступила вследствие самоубийства, покушения на самоубийство, умышленного членовредительства;

19.2.2. при приеме наркотических, токсических, сильнодействующих и психотропных веществ, алкогольных напитков (за исключением отравления легально приобретёнными недоброкачественными алкогольными напитками), а также вследствие лечения травм, при получении которых Застрахованное лицо находилось под воздействием вышеуказанных веществ;

19.2.3. вследствие преднамеренного (планового) лечения за рубежом;

19.2.4. вследствие лечения заболеваний научно не признанными методами, а также принятием несертифицированных лекарственных препаратов;

19.2.5. последствиями онкологических заболеваний.

19.3. Страховщик вправе не осуществлять выплату страхового возмещения в случае отказа Застрахованного лица от прохождения медицинского осмотра и/или освидетельствования (экспертизы), назначенного Страховщиком.

20. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

20.1. При наступлении событий, предусмотренных п. 4.4 и 4.5 с учетом и условий по программам страхования, договорам страхования, территории страхования:

20.1.1. Застрахованное лицо или его представитель до получения медицинской и/или иной необходимой помощи обязан связаться со Страховщиком/с Сервисной компанией по телефону, указанному в договоре страхования и проинформировать оператора о случившемся. Расходы на переговоры со Страховщиком/с Сервисной компанией возмещаются Застрахованному лицу при предъявлении подтверждающих документов в пределах лимитов, установленных договором страхования.

Связь со Страховщиком/с Сервисной компанией осуществляется по телефону, указанному в страховом полисе.

20.1.2. При обращении к Страховщику/в Сервисную компанию Застрахованное лицо или его представитель обязаны сообщить номер страхового полиса, фамилию и имя Застрахованного лица, с которым произошел страховой случай, место своего нахождения и телефонный номер для обратной связи, обстоятельства страхового случая, а также другие сведения, которые запросит координатор Сервисной компании.

В случае отказа Застрахованного лица от предоставления запрашиваемых данных (сведений), последний оплачивает расходы самостоятельно.

20.1.3. Застрахованное лицо обязуется строго следовать указаниям Страховщика/Сервисной компании.

20.1.4. После получения информации Страховщик или Сервисная компания (специализированный сервисный центр) организует оказание или оказывает содействие в получении Застрахованным лицом необходимых медицинских, медико-транспортных и иных услуг, предусмотренных договором страхования, а также оплачивает расходы Застрахованного лица в соответствии с договором страхования учреждениям (как напрямую, так через посредников), предоставившим такие услуги Застрахованному лицу.

В случае если по объективным причинам, не зависевшим ни от Страховщика/Сервисной компании, ни от ее посредников, Застрахованному лицу предложено оплатить услуги самостоятельно напрямую учреждению, он вправе по возвращению обратиться к Страховщику за возмещением на условиях настоящих Правил страхования.

20.1.5. Застрахованное лицо в связи со страховым случаем имеет право самостоятельно обратиться в ближайшее медицинское учреждение, к врачу, вызвать скорую помощь, либо обратиться в иные организации, оказывающие услуги, предусмотренные программой страхования (договором страхования), если он не имел объективной возможности связаться со Страховщиком/ Сервисной компанией по уважительной причине или обращение в Сервисную компанию не предусмотрено программой страхования и/или договором страхования (глава 18), а именно:

20.1.5.1. из-за отсутствия телефонной (стационарной или мобильной) связи в месте нахождения Застрахованного лица;

20.1.5.2. в связи с тяжелым болезненным состоянием Застрахованного лица, не позволяющим ему вести телефонные переговоры;

20.1.5.3. когда самостоятельная оплата расходов предусмотрена программой страхования и/или договором страхования (глава 18 настоящих Правил страхования).

20.2. При невозможности связаться с представителем Страховщика или Сервисной компанией (специализированным сервисным центром) или если это предусмотрено программой страхования (договором страхования) Застрахованное лицо самостоятельно обращается в ближайшее медицинское или иное учреждение, оказывающее услугу, предъявив при этом страховой полис. В случае если Застрахованное лицо самостоятельно понесло расходы, связанные со страховым случаем, он должен при возвращении из Поездки в письменной форме (пп. 11.6.1.-11.6.2.) заявить Страховщику о случившемся и представить следующие документы:

20.2.1. заявление на возмещение расходов, связанных со страховым случаем;

- 20.2.2. копию документа, удостоверяющего личность;
- 20.2.3. оригинал или копию страхового полиса; информацию по страхованию (при наличии);
- 20.2.4. копию свидетельства о рождении ребенка (если страховые расходы были связаны с оказанием медицинских или иных услуг ребенку);
- 20.2.5. копию заграничного паспорта Застрахованного лица (первая страница и страница с отметками о пересечении границы в сроки происшествия страхового события);
- 20.2.6. оригиналы документов, подтверждающие факт оплаты за лечение, медикаменты и прочие услуги (штамп об оплате, подтверждение банка о перечислении суммы или кассовый чек):
- 20.2.6.1. оригинал справки-счета из медицинского учреждения с указанием Ф.И.О. пациента, диагноза, даты обращения, режима лечения (амбулаторный, стационарный, дневной стационар), продолжительности лечения, с перечнем оказанных услуг с разбивкой их по датам и стоимости, с итоговой суммой к оплате – для возмещения расходов за лечение;
- 20.2.6.2. оригиналы выписанных врачом в связи с данным заболеванием рецептов со штампом аптеки и указанием стоимости каждого приобретенного медикамента – для возмещения расходов за медикаменты;
- 20.2.6.3. оригинал направления, выданного врачом на прохождение лабораторных исследований и счет лаборатории, с разбивкой по датам, наименованиям и стоимости оказанных услуг - для возмещения расходов за лабораторные исследования.
- 20.3. Все передаваемые в адрес Страховщика документы на иностранном языке должны быть переведены на русский язык и заверены.
- 20.4. Страховая выплата в виде возмещения понесенных Застрахованным лицом расходов производится Страховщиком после получения всех запрошенных документов, а по необходимости и их заверенных переводов, в течение срока установленного договором страхования, но не более чем 45 (сорок пять) рабочих дней с момента предоставления всех необходимых и надлежащим образом оформленных документов.

ТАБЛИЦА

размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем

- §1.** В случае получения Застрахованным нескольких повреждений или увечий, перечисленных в разных разделах таблицы, общий размер страховой выплаты рассчитывается путем суммирования размеров выплаты по разным разделам.
- §2.** В случае получения Застрахованным нескольких повреждений или увечий (в том числе одной конечности) по одной статье таблицы, страховая выплата производится только по проценту, учитывающему наиболее тяжелое повреждение (большой процент выплаты).
- §3.** В случае проведения Застрахованному нескольких операций, обусловленных полученной травмой или увечьем, выплата осуществляется по наибольшему проценту.
- §4.** В случае получения Застрахованным повреждений или увечий разных конечностей страховая выплата рассчитывается отдельно по каждой поврежденной конечности с соблюдением требований §2.
- §5.** Если в связи с полученной травмой проводились оперативные вмешательства, страховая выплата производится однократно в соответствии с таблицей и с соблюдением требований §3.
- §6.** Не производится дополнительная страховая выплата за следующие оперативные вмешательства:
- первичная хирургическая обработка (ушивание краев раны, иссечение некротических участков);
 - удаление инородных тел, шовного материала;
 - повторные плановые оперативные вмешательства, связанные с удалением ранее установленных фиксирующих пластин, штифтов, шурупов, дренажей.
- §7.** При переломах и вывихах (подвывихах) костей, разрывах сочленений (включая синдесмозы) обязательным условием применения соответствующих статей таблицы является рентгенологическое подтверждение указанных повреждений.
- §8.** Страховая выплата в связи с вывихом кости, вправленным медицинским работником без предварительной рентгенографии, может быть произведена только в исключительных случаях — при наличии подтверждающего это медицинского документа, указывающего на причины, по которым не могло быть произведено рентгеновское исследование, содержащего описание объективных симптомов, характерных для конкретного вида вывиха, и методики, применявшейся при его вправлении.
- §9.** Повторные переломы (рефрактуры) одной и той же кости, наступившие в результате травмы, полученной в период действия Договора страхования, дают основание для страховой выплаты только в том случае, если по представленным рентгенограммам будут установлены: 1) сращение отломков кости по окончании лечения предыдущей травмы; 2) наличие новой линии (линий) перелома кости на рентгенограммах, сделанных после повторной травмы.
- §10.** Таблица не применяется и выплаты в соответствии с ней не производятся в тех случаях, когда факт получения того или иного повреждения в период действия Договора страхования установлен только на основании сообщений и жалоб заинтересованных в выплатах лиц, даже если подобные сообщения и жалобы зафиксированы письменно, в том числе в медицинских документах (т.е. не установлен диагноз и не назначено лечение).
- §11.** При определении размера страховой выплаты с учетом срока непрерывного лечения, когда это предусмотрено соответствующей статьей таблицы, учитывается только назначенное медицинским работником (имеющим на это право) лечение, длительность которого соответствует (по данным медицинской науки) характеру повреждения, полученного Застрахованным (не учитывается период реабилитационно-восстановительного лечения), — с периодическим (не реже одного раза в 10 (десять) дней) контролем эффективности лечения (при назначении на прием или посещении медицинским работником).
- §12.** При патологических переломах и вывихах костей страховая выплата производится только в том случае, если заболевание, послужившее их причиной, развилось и было впервые диагностировано в период действия Договора страхования. Размер страховой выплаты при этом уменьшается на 50 % по сравнению с размером, предусмотренным Таблицей для переломов и вывихов здоровых костей (включая выплаты, связанные с их лечением).
- §13.** Все травмы ампутационного характера относятся к тяжелым травмам.
- §14.** При определении степени тяжести повреждений Страховщик руководствуется Приказом Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 N 194н (ред. от 18.01.2012) «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 13.08.2008 N 12118) и в соответствии с рекомендациями по письму Министерства труда и социального развития (№5608-АО), Министерства здравоохранения (№2510/9049-99-32) и Фонда социального страхования (№02-08/07-1960П) от 18.08.1999 г.:
1. Легкий вред здоровью – простые травмы, (не рассасываемые гематомы, вывихи, подвывихи, простые переломы, перелом ребер, пальцев руки/ноги, повреждения связок и сухожилий, простые сотрясения головного мозга, потеря зубов, легкие повреждения мягких тканей и т.д.), средний срок лечения до 35 дней (в рамках настоящих Правил страхования), утрата постоянной трудоспособности менее 10%.
 2. Средний вред здоровью – травмы средней тяжести, (двойной перелом одной кости, сотрясения головного мозга средней тяжести, разрывы мягких тканей средней сложности, требующие ушивания и т.д.) срок лечения от 36 дней (до 120 дней), утрата постоянной трудоспособности от 10% до 30%.
 3. Тяжелый вред здоровью – тяжелые травмы, требующие сложных хирургических вмешательств (сочетанные, двойные переломы, оскольчатые переломы, разрывы внутренних органов, ампутации частей тела и т.д.) срок лечения более 120 дней, утрата постоянной трудоспособности более 30%.

ТАБЛИЦА

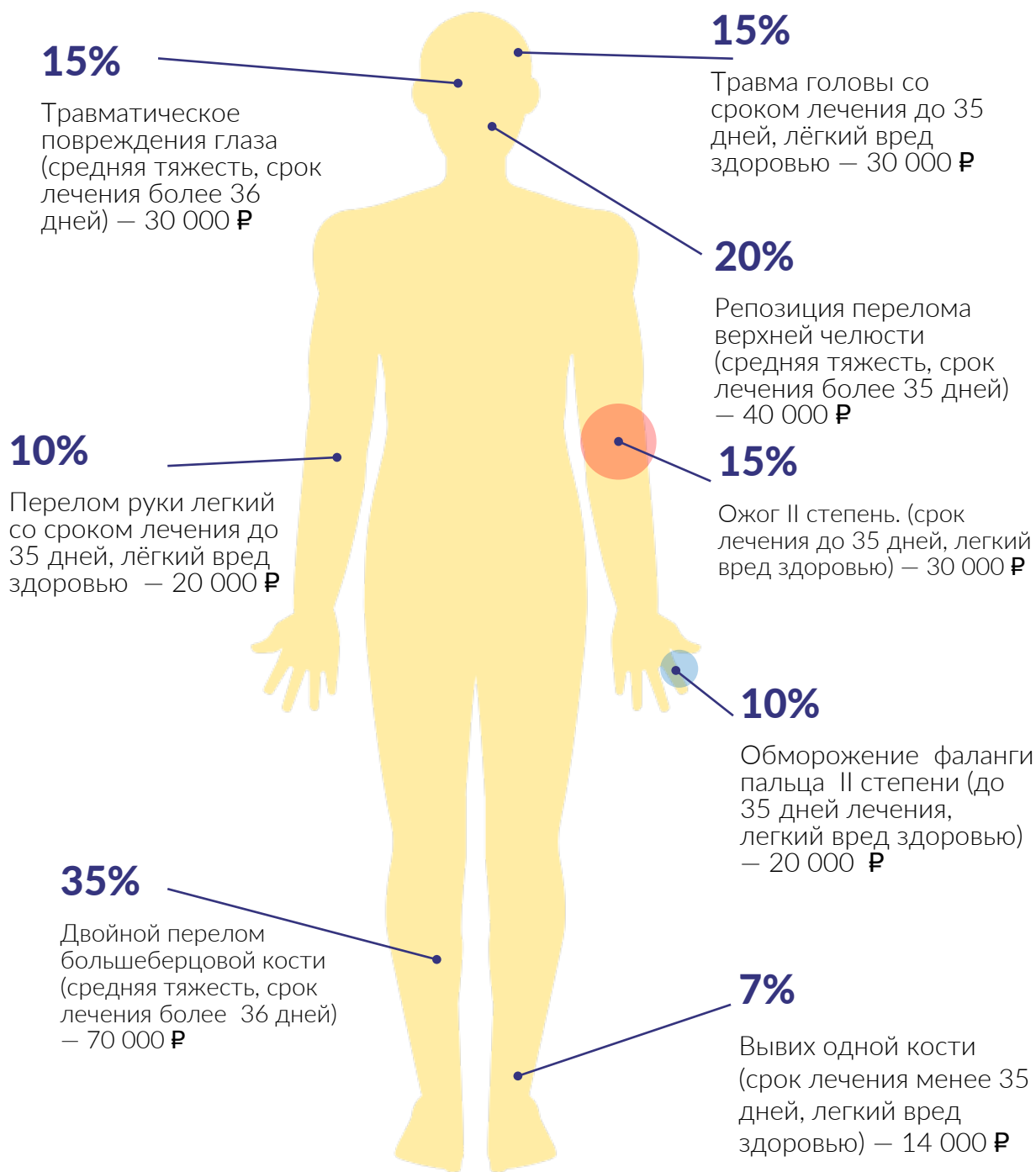
размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем

П/П	ХАРАКТЕР ПОВРЕЖДЕНИЯ	РАЗМЕР ВЫПЛАТЫ В % ОТ СТРАХОВОЙ СУММЫ		
		А) Легкие травмы (до 35 дней лечения)	В) Травмы средней тяжести (от 36 дней лечения)	С) Тяжелые травмы (от 120 дней лечения)
1.	Травматические повреждения головы, костей черепа, внутричерепные травмы средне-тяжелой степени (Перелом свода, основания черепа; множественные переломы костей черепа; множественные переломы/вывихи зубов (более 3 шт.); внутричерепные кровоизлияния).	10	20	50
1.1	Травматические повреждения головы, лицевых костей, внутричерепные повреждения легкой степени (Поверхностные травмы головы (ушибы мягких тканей, открытые раны); перелом и/или вывих лицевых костей - носа, глазницы, челюсти; переломы/вывихи зубов (до 3 шт. включительно); ушибы и сотрясения головного мозга)	5	7	15
2.	Травматические повреждения нервной системы (травматическое, токсическое, гипоксическое) в результате травм головы, спины, туловища, конечностей.	15	30	50
3.	Травматические повреждения глаза (ранения, контузия глазного яблока, ожоги, потеря зрения, смещение хрусталика и т.д.).	5	15	50
4.	Травматические повреждения органов слуха (утрата частей уха, травматические повреждения барабанной перепонки, посттравматическое снижение слуха, посттравматический отит и т.д.).	5	10	30
5.	Травматические повреждение грудной клетки и органов дыхательной системы (переломы ребер и/или грудины, повреждения органов, проникающие ранения грудной клетки и ее органов, повреждения гортани, трахеи).	5	10	20
6.	Травматические повреждения сердечно-сосудистой системы (сердца, повлекшие сердечную недостаточность, крупных периферических сосудов).	10	20	25
7.	Травматические повреждения органов пищеварения (повреждения языка, ранения и ожоги глотки, ранения, ожоги органов пищеварения, случайные отравления, травмы ЖКТ, повлекшие разрывы органов, удаления органов и т.д.).	10	20	45
8.	Травматические повреждения мочеполовой системы (ушибы почки, удаления частей органов МПС, ранения, разрывы, ожоги, отморожения и т.д.).	10	20	35
9.	Травматические повреждения мягких тканей, сухожилий связок (ушиб, ранения, разрывы, не рассосавшиеся гематомы и т.д.).	5	7	15
10.	Травматические повреждения позвоночника и костей таза (переломы, вывихи, подвывихи позвонков, суставных отростков, крестца, копчика, подвздошной кости, вертлужной впадины, лобковой и седалищной костей разрыв межпозвоночных связок).	10	15	30
11.	Травматические повреждения верхних конечностей на уровне плечевого пояса и предплечья (переломы лопатки, ключицы, сочленений, повреждения области плечевых суставов и плечевого пояса, переломы плечевой кости, ампутации, повреждения локтевого сустава, переломы костей предплечья). Ампутации относятся к тяжелым травмам	10	20	40

П/П	ХАРАКТЕР ПОВРЕЖДЕНИЯ	РАЗМЕР ВЫПЛАТЫ В % ОТ СТРАХОВОЙ СУММЫ		
		А) Легкие травмы (до 35 дней лечения)	В) Травмы средней тяжести (от 36 дней лечения)	С) Тяжелые травмы (от 120 дней лечения)
11.1	Травматические повреждения верхних конечностей на уровне запястья и кисти (переломы пястных костей, запястья и кисти, переломы пальцев кисти, вывихи и растяжения капсульно-связочного аппарата на уровне запястья и кисти).	5	7	15
12.	Травматические повреждения нижних конечностей на уровне тазобедренного сустава, бедра, колена и голени (переломы костей таза, бедра, голени, лодыжки, повреждения суставов (тазобедренных, коленных), вывихи, повреждения сухожилий, ампутации). Ампутации относятся к тяжелым травмам	10	35	60
12.1	Травматические повреждения нижних конечностей на уровне голеностопного сустава и стопы (переломы пальцев стопы, костей плюсны и предплюсны, таранной и пяточной костей; вывихи и растяжения капсульно-связочного аппарата на уровне голеностопного сустава и стопы)	7	15	30
13.	Случайные острые отравления, асфиксии, поражение электротоком, укусы ядовитых змей, укусы животных, укусы насекомых, повлекших тяжелые аллергические реакции, столбняк, ботулизм.	5	10	15
14.	Укус иксодового (инфицированного) клеща и его последствия (удаление клеща и лабораторная диагностика, вакцинирование противоклещевого иммуноглобулина, экстренная профилактика боррелиоза (болезни Лайма), послепрививочный энцефалит (энцефаломиелит), клещевой энцефалит, хроническое течение болезни, осложнения в тяжелых формах с последующей смертью)	6	30	100
15.	Травматические повреждения в результате огнестрельных ранений и взрывных травм.	15	35	60
16.	Травматические повреждения в результате ожогов (в зависимости от степени I, II, III).	15	30	60
17.	Травматические повреждения в результате обморожений (в зависимости от степени I, II, III).	10	20	35
18.	Если какая-либо травма, происшедшая с Застрахованным лицом в период действия договора страхования, не предусмотрена данной Таблицей, но потребовала стационарного и (или) амбулаторного непрерывного лечения в общей сложности не менее 10 дней, то производится выплата разового пособия (не суммируется с иными травмами).	3	5	7
19.	Экстренная госпитализация в результате несчастного случая, выплата за день в % от лимита страховой суммы. Примечание: выплата производится с 1 дня госпитализации и не более 30 дней.		0,5	
20.	Плановая госпитализация в результате несчастного случая, выплата за день в % от лимита страховой суммы. Примечание: период ожидания — 3 мес., выплата производится с 1 дня госпитализации и не более 30 дней		0,5	

РАСЧЕТ ВЫПЛАТ

На примере программы «Юниор»



РАСЧЕТ ВЫПЛАТ

На примере программы «Юниор»

	Юниор	Годовой по России	Премиум годовой весь мир
СТРАХОВАЯ СУММА И ЛИМИТЫ В РУБЛЯХ	300 000 Р	500 000 Р	700 000 Р
Смерть в результате НС –100% от страховой суммы	300 000 Р	500 000 Р	700 000 Р
Инвалидность в результате НС -- I-II-III гр. / Ребенок-инвалид, в % от страховой суммы.	100%-80%-70% / 100%	100%-80%-70% / 100%	100%-80%-70% / 100%
Травмы в результате НС, включая ожоги, обморожения, укусы - согласно таблице выплат в % от лимита	200 000 Р	300 000 Р	400 000 Р
Клещевой энцефалит (болезнь Лайма, Лайм-боррелиоз, клещевой боррелиоз, в % от лимита)	100 000 Р	150 000 Р	150 000 Р
Экстренная госпитализация в результате НС – выплаты в день, в % от лимита	50 000 Р	100 000 Р	150 000 Р

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ	% ОТ ЛИМИТА СТРАХОВОЙ СУММЫ	ЛИМИТ/ВЫПЛАТА
Экстренная госпитализация, выплата за каждый день, проведенный в стационаре. Но не более 30 дней.	0,5%	Лимит 50 000 Р - 250 Р / день Лимит 100 000 Р - 500 Р/день Лимит 150 000 Р - 750 Р/ день