



123182, город Москва, улица Авиационная, дом 77,
корпус 2, помещение 2/24П
+7 (499) 703-37-37, info@iig-ltd.ru, www.iig-ltd.ru

УТВЕРЖДЕНЫ

Генеральным директором

Приказ № 47 от 25.09.2025 г.
Вступают в действие с 01.10.2025 г.


В. Б. Баранов

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ РАСХОДОВ ГРАЖДАН, ВЫЕЗЖАЮЩИХ ЗА ГРАНИЦУ

Москва 2025

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила страхования расходов граждан, выезжающих за границу (далее – Правила) составлены в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

1.2. На основании настоящих Правил ООО «МСГ» заключает Договоры страхования расходов граждан, выезжающих за границу (далее – Договор страхования/Полис). Правила являются неотъемлемой частью Договора страхования/Полиса.

1.3. Договор страхования/Полис может содержать условия отличные от настоящих Правил, определяемые по соглашению сторон. Положения конкретных Договоров страхования/Полисов имеют преимущественную силу над положениями настоящих Правил.

1.4. На основании настоящих Правил ООО «МСГ» вправе разрабатывать специальные программы страхования на основе базовых тарифов с применением повышающих или понижающих коэффициентов, исходя из набора страховых рисков, территории страхования, размера страховой суммы, срока действия договора страхования, факторов риска и иных критериев, что должно быть отражено в договоре страхования.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ

2.1. **Страховщик** - Общество с ограниченной ответственностью «Международная Страховая Группа» (ООО «МСГ») - юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации и имеющее лицензию на осуществление страховой деятельности.

2.2. **Страхователь** - юридическое лицо или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования/Полис.

2.3. **Застрахованный (Застрахованное лицо)** - физическое лицо, в отношении которого заключен Договор страхования/Полис, и имущественные интересы которого являются объектом страхования. В отношении лиц старше 65 лет, применяются повышающие коэффициенты. На основании заявления и/или медицинской анкеты Договором страхования/Полисом для этой категории лиц могут быть определены ограничения по видам помощи и страховым рискам.

2.4. **Сервисная компания (Ассистанс)** – специализированная организация, имеющая договорные отношения со Страховщиком, обеспечивающая организацию услуг Застрахованному лицу, предусмотренных настоящими Правилами и договором страхования во время их пребывания за границей.

2.5. **Сервисный центр** - круглосуточный центр Сервисной компании, либо Страховщика, телефон которого указан в Договоре страхования/Полисе Застрахованного, либо приложении к нему, для обращения при наступлении страхового случая.

2.6. **Клиники** - медицинские учреждения, в том числе амбулаторные, стационарные, частнопрактикующие врачи, имеющие лицензии (разрешения) на право осуществления медицинской деятельности в соответствии с законодательством страны, где они располагаются, привлекаемые для оказания медицинских услуг Застрахованным.

2.7. **Врач** – специалист с законченным высшим медицинским образованием по соответствующему профилю, не являющийся родственником Страхователя (Застрахованного) и действующий в рамках своей лицензии (сертификата) согласно установленному законодательству страны, в которой оказываются медицинские услуги.

2.8. **Полис** - Договор страхования, заключенный между Страховщиком и Страхователем, в пользу Застрахованного лица, на основании настоящих Правил.

2.9. **Страховые документы** - Полис, Условия страхования, Правила, Памятка, сервисная карточка и другие документы, выдаваемые Застрахованному лицу. Перечь указанных страховых документов не является окончательным и может быть изменен Страховщиком.

2.10. **Неотложная медицинская помощь** оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента в настоящий момент, но при которых возможно резкое неконтролируемое ухудшение состояния или оно несет угрозу осложнений в виде необходимости лечения в стационарных условиях и угрозы стойкой нетрудоспособности.

2.11. **Экстренная медицинская помощь** – это медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента. Покрываются медицинские расходы на оплату медицинской помощи в экстренной форме по купированию угрозы жизни Застрахованного лица.

2.12. **Хроническое заболевание** – заболевание, которое имеет один или более из перечисленных далее признаков:

- имеет постоянное течение;
- возможно возникновение обострений, рецидивов;
- вызвано необратимыми патологическими изменениями в организме;
- необходимы специальные навыки пациента для того, чтобы жить с заболеванием;

- требуется реабилитационное лечение;
- требуется поддерживающее медикаментозное лечение;
- может повлечь частичную (остаточную) нетрудоспособность;
- может потребовать длительного периода наблюдения, курирования врачом, обследования, ухода.

2.13. Родственник - законный супруг или супруга, родители, дети (в том числе усыновленные).

2.14. Багаж – личные вещи Страхователя (Застрахованного лица), перевозимые им в ходе поездки за границу, как сданные в багаж транспортной организации, так и, зарегистрированные на паспортном и таможенном контроле при вывозе его за границу. Багажом также считаются вещи Застрахованного лица, приобретенные им во время пребывания за границей. Вес, размер и факт сдачи багажа перевозчику подтверждается багажной квитанцией.

2.15. Перевозчик – любой зарегистрированный перевозчик, занимающийся перевозкой пассажиров по суше, воде или по воздуху, имеющий лицензию на этот тип перевозок, если такая лицензия необходима в силу требований закона и производящий их по определенному маршруту.

2.16. Несчастный случай – одномоментное кратковременное внезапное воздействие внешних (механических, термических, химических) факторов или третьих лиц, которое может быть однозначно идентифицировано, произошедшее помимо воли Застрахованного и повлекшее возникновение травм, иных расстройств здоровья, либо смерть Застрахованного.

Не относятся к несчастным случаям любые формы острых, хронических и наследственных заболеваний.

2.17. Территория страхования – территория или маршрут передвижения в пределах страны, группы стран, географических зон, указанных в Договоре страхования, в пределах которой Страховщик, при наступлении страхового случая, несет обязательства по осуществлению страховой выплаты.

Понятие «за границей» включает территорию государств, гражданином которых Страхователь (Застрахованный) не является, и где он не проживает постоянно.

2.18. Количество дней одной поездки - длительность одной поездки, в течение которой действует страховое покрытие.

2.19. Внезапное заболевание Застрахованного лица - болезнь, возникшая впервые, в течение срока действия Договора страхования, неожиданно приведшая к возникновению необходимости оказания неотложной/экстренной медицинской помощи.

2.20. Смерть Застрахованного лица является страховым случаем, если она наступила в результате внезапного заболевания или несчастного случая, признанных страховыми случаями в соответствии с настоящими Правилами.

2.21. Амбулаторная помощь - консультации врача общей практики или врача специалиста, инъекции, анестезия, перевязки, лабораторная и инструментальная диагностика, первичная хирургическая помощь.

2.22. Стационарная помощь - экстренная госпитализация в Клинику в стране временного пребывания, приближенную к местонахождению Застрахованного и подходящую по необходимым Застрахованному видам и объемам медицинской помощи. Пребывание в стандартной двухместной или многоместной палате, в палате интенсивной терапии. Проведение экстренных хирургических операций, если операция по медицинским показаниям не может быть отсрочена, до даты возможного ближайшего возвращения Застрахованного в страну постоянного проживания, либо эта транспортировка невозможна до проведения этой хирургической операции. Расходы на материалы для остеосинтеза, при этом покрываются в сумме, не превышающей сумму эквивалентную 1 000 условных единиц в зависимости от валюты Договора страхования, если иное не определено условиями Договора страхования.

2.23. Лекарственные средства – медицинские препараты (лекарства), назначаемые врачом и необходимые для оказания неотложной медицинской помощи и в количестве, необходимом до возвращения в страну постоянного проживания.

2.24. Перевязочные материалы, средства фиксации (гипс, бандаж), костыли (лимит покрытия не может превышать сумму, эквивалентную 25 условных единиц в зависимости от валюты Договора страхования), прокат инвалидных колясок, если иное не определено условиями Договора страхования.

2.25. Медицинская эвакуация - медицинская транспортировка в ближайшую Клинику на территории временного пребывания, где произошел страховой случай, подходящую по необходимым Застрахованному видам медицинской помощи.

2.26. Медицинская репатриация – медицинская транспортировка из места пребывания Застрахованного за границей до ближайшего к месту жительства международного аэропорта страны постоянного проживания.

2.27. Транспортировка в стране временного пребывания – транспортировка, необходимая по медицинским показаниям, в т. ч. расходы на такси до Клиники и обратно, до аэропорта (вокзала).

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с непредвиденными расходами на организацию и получение неотложной медицинской и медико- транспортной помощи при наступлении страхового случая во время пребывания Застрахованного лица на территории страхования за границей страны постоянного проживания в течение срока действия Договора страхования.

Объектом страхования по настоящим Правилам также являются имущественные интересы, связанные с риском возникновения непредвиденных расходов Застрахованных лиц, указанных в Договоре страхования, в том числе расходы, связанные с оплатой организации репатриации Застрахованного или его останков.

4. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

4.1. **Страховым риском** является предполагаемое событие, на случай наступления которого, проводится страхование, обладающее признаками вероятности и случайности его наступления.

4.2. **Страховым случаем** является совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, и/или Условиями страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату. Страховыми признаются события:

4.2.1. по риску **«Страхование медицинских, медико-транспортных и иных расходов»**, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предусмотренных Договором страхования, в том числе транспортных, вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а кроме того имущественные интересы, связанные с оплатой организации репатриации Застрахованного лица или его останков, в период пребывания Застрахованного лица на территории государства, указанного в Договоре страхования, в период его действия, обозначенного в Договоре страхования как начало и конец поездки;

4.2.2. по риску **«Страхование багажа»**, связанные с гибелью (уничтожением), утратой (пропажей), повреждением принадлежащего Застрахованному лицу багажа, а также, если это особо оговорено в Договоре страхования, с дополнительными расходами, связанными с наступлением страхового случая;

4.2.3. по риску **«Страхование от несчастных случаев»**, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного лица, а также с его смертью в результате несчастного случая;

4.2.4. по риску **«Страхование гражданской ответственности»**, связанные с возмещением, причиненного Застрахованным лицом, вреда жизни и здоровью или имуществу физических лиц, а также вреда, причиненного имуществу юридических лиц;

4.2.5. по риску **«Страхование на случай потери или кражи паспорта и проездных документов»**, связанные с утратой заграничного паспорта Застрахованного лица и/или его проездных документов;

4.2.6. по риску **«Страхование расходов, связанных с получением необходимой правовой (юридической) помощи во время выезда за границу»**, связанные с расходами, связанными с получением Застрахованным лицом необходимой правовой (юридической) помощи во время зарубежной поездки;

4.2.7. по риску **«Страхование на случай задержки рейса»**, связанные с расходами Застрахованного лица в связи с задержкой рейса;

4.2.8. по риску **«Страхование на случай невыезда за границу»**, связанные с расходами Застрахованного лица вследствие отмены поездки за границу или изменения сроков пребывания за границей.

Если иное не установлено Договором страхования, события, указанные в настоящем пункте, не признаются (не являются) страховыми случаями, если поездка предпринята:

- для занятия деятельностью, связанной с повышенной опасностью;
- с целью получить лечение. При этом Страховщик не возмещает расходы на лечение, которое является целью поездки, а также расходы, вызванные ухудшением состояния здоровья или смертью Застрахованного лица в связи с этим лечением.

4.3. Договор страхования может быть заключен с условием предоставления страхового покрытия как от всех рисков, перечисленных в п.п. 4.2. настоящих Правил, так и с условием предоставления покрытия от одного или нескольких рисков, перечисленных в п.п. 4.2. настоящих Правил.

4.4. Страховщик при наступлении страхового случая организует и оплачивает через Сервисный центр расходы на неотложную медицинскую помощь, медико-транспортные и иные услуги, и/или возмещает эти расходы, если они были согласованы Сервисным центром.

5. СТРАХОВАЯ СУММА. ФРАНШИЗА

5.1. **Страховая сумма** - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном федеральным законом и/или Договором страхования при его заключении и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

5.2. Страховой суммой является предельный уровень страхового обеспечения по Договору страхования, определяемый исходя из выбранного варианта страхового обеспечения – перечня медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования, территории его действия.

5.3. Страховая сумма по Договору страхования устанавливается по соглашению сторон.

5.4. Договором страхования может быть предусмотрено введение лимитов ответственности, в том числе по отдельным рискам, видам помощи и/или оказываемым услугам по одному страховому случаю.

5.5. Если расходы на лечение или другие расходы превышают в целом страховую сумму (лимит возмещения), установленную Договором страхования, то доля расходов, превышающая страховую сумму, оплачивается Застрахованным лицом самостоятельно.

5.6. Договором страхования может быть предусмотрена франшиза. Условия применения и размер франшизы устанавливаются Договором страхования. Франшиза может устанавливаться как в абсолютном размере, так и в процентах от страховой суммы или страхового возмещения. Под франшизой понимается часть убытков, которая определена Договором страхования, не подлежащая возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями Договора страхования.

5.7. В Договоре страхования может быть установлена условная или безусловная франшиза:

– **Условная франшиза** - предусматривает, что Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы.

– **Безусловная франшиза** – предусматривает уменьшение размера возмещения по каждому страховому случаю на размер установленной франшизы.

Если в Договоре страхования франшиза указана без указания её вида, то считается, что установлена безусловная франшиза.

5.8. Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшиз.

5.9. В любом случае страховая выплата не может превышать установленные в Договоре страхования соответствующие лимиты возмещения, а совокупность всех выплат не может превышать общую страховую сумму по Договору страхования.

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СТРАХОВОЙ ТАРИФ

6.1. **Страховой премией** является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику (его уполномоченному представителю) в порядке и в сроки, установленные Договором страхования. Часть страховой премии, определенная Договором страхования, как отдельный платеж, называется страховым взносом.

6.2. Страховая премия устанавливается Страховщиком в соответствии с его тарифами, действующими на момент заключения Договора страхования, с учетом страхового риска и срока страхования.

6.3. **Страховой тариф** – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска. Конкретный размер страхового тарифа определяется по соглашению сторон на основании базовых страховых тарифов Страховщика, с учетом повышающих или понижающих коэффициентов. Размер коэффициента зависит от возраста, пола, профессиональной принадлежности Застрахованного лица, объема страхового покрытия, результатов медицинского освидетельствования, численности группы, территории страхования, продолжительности поездки, цели и характере поездки, размера установленной франшизы. Коэффициенты применяются на дату заключения Договора страхования.

6.4. Если иное не предусмотрено Договором страхования, страховая премия уплачивается Страхователем единовременно – разовым платежом в полном объеме за весь срок страхования.

6.5. Страховая премия оплачивается:

6.5.1. Наличными деньгами, при этом датой оплаты страховой премии считается дата ее поступления в кассу Страховщика или его представителя.

6.5.2. В безналичной форме путем перечисления денег на расчетный счет Страховщика, при этом датой оплаты страховой премии считается дата поступления денег на расчетный счет Страховщика.

6.6. Страховая премия по соглашению сторон и в соответствии с действующим законодательством РФ может устанавливаться как в российских рублях, так и в валютном эквиваленте. Страховая премия, установленная в валютном эквиваленте, уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка РФ на день платежа, если иной курс не установлен соглашением сторон.

7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЕГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

7.1. **Договор страхования** (или Полис) – письменное соглашение между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования плату – страховую премию, при наступлении страхового случая произвести страховую выплату и содействовать Застрахованным в организации оказания медицинской помощи и иных услуг, предусмотренных настоящими Правилами и Договором страхования в определенном объеме, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию (страховые взносы) в размере, определенном Договором страхования, и в установленные им сроки.

7.2. Для заключения Договора страхования Страхователь представляет Страховщику (его уполномоченному представителю) письменное Заявление установленной Страховщиком формы, либо устно заявляет о своем намерении заключить Договор страхования и передает следующие данные:

7.2.1. фамилия, имя, отчество на русском языке и фамилию, имя в латинской транскрипции (в соответствии с тем, как это записано в заграничном паспорте), дату рождения, адрес и телефон Застрахованного лица;

7.2.2. наименование, юридический адрес, телефон, банковские реквизиты, если Страхователь – юридическое лицо, в данном случае к заявлению прилагается список Застрахованных лиц;

7.2.3. дату начала и окончания поездки, количество дней, в течение которых будет действовать

страхование;

7.2.4. список стран, на территории которых должно действовать страхование;

7.2.5. цель поездки;

7.2.6. профессия и род предполагаемой деятельности, если Застрахованный едет с целью работы;

7.2.7. вид спорта или тип спортивных состязаний, в которых предполагается участие Застрахованного;

7.2.8. активные виды отдыха, которыми Застрахованный планирует заниматься;

7.2.9. размер и валюту страховой суммы;

7.2.10. выбранные условия и программу страхования;

7.2.11. информацию о странах, гражданином которых Застрахованный является и/или в которых имеет вид на жительство/иной документ, его заменяющий.

7.2.12. сведения о Выгодоприобретателе (ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес проживания, телефон);

7.2.13. заграничный паспорт.

7.3. При страховании лиц старше 65 лет по требованию Страховщика предоставляется оригинал медицинского документа с печатью и подписью медицинского учреждения о состоянии здоровья и об отсутствии противопоказаний для совершения запланированных поездок.

7.4. Перед заключением Договора страхования для оценки степени страхового риска и определения размера страховой премии, Страховщик вправе потребовать от Страхователя проведения анкетирования лиц, принимаемых на страхование, путем заполнения и подписания медицинской анкеты по установленной Страховщиком форме. Страхователь обязан при заключении Договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска.

7.5. В случае отказа лица, принимаемого на страхование, от заполнения медицинской анкеты, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования или предложить ограничение по набору страховых рисков и видов помощи.

7.6. Страхователь обязан сообщать Страховщику в период действия Договора страхования, обо всех известных ему значительных изменениях в обстоятельствах, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

Факторами существенного увеличения степени страхового риска являются: изменение цели поездки, заболевания, изменение рода деятельности, изменение территории страхования, занятия спортом или активным отдыхом.

Указанная обязанность в равной степени распространяется на Застрахованное лицо.

7.7. При заключении Договора страхования Застрахованный дает письменное согласие на доступ Страховщика и/или Сервисной компании или их представителей к любой информации о состоянии его здоровья, оказываемых медицинских услугах, ознакомление с медицинской документацией, получение копий этих документов, освободив лечащего врача/Клинику от обязанностей соблюдения врачебной тайны.

7.8. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа — Договора страхования, либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного, либо устного заявления Полиса, подписанного Страховщиком. В последнем случае согласие Страхователя заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика Полиса.

7.9. В Договоре страхования/Полисе подпись Страховщика может быть выполнена путем факсимильного воспроизведения с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи, либо иного аналога собственноручной подписи, предусмотренного законодательством РФ.

Факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного лица Страховщика и печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования в Договорах страхования, заключаемых между Страхователем и Страховщиком, дополнительных соглашениях к ним, уведомлениях, при условии оформления и направления таких документов Страховщиком Страхователю, признается Страховщиком и Страхователем аналогом собственноручной подписи уполномоченного лица Страховщика и оригиналом печати Страховщика. Такой документ имеет силу, аналогичную документу, собственноручно подписанному уполномоченным лицом Страховщика и скрепленным печатью Страховщика.

Договор страхования может быть составлен в виде электронного документа. При этом, в случае направления Страховщиком Страхователю — физическому лицу на основании его заявления в письменной или устной форме Полиса (свидетельства, сертификата, квитанции), подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, Договор страхования, составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса). Страхователь — физическое лицо уплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в Договоре страхования и настоящих Правилах, подтверждая тем самым свое согласие заключить этот договор на предложенных Страховщиком условиях.

Заявление на страхование в электронной форме, отправленное Страховщику и подписанное простой электронной подписью Страхователя — физического лица в соответствии с требованиями Федерального закона

от 6 апреля 2011 года № 63-ФЗ «Об электронной подписи», признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью этого физического лица.

Медицинское обследование принимаемого на страхование лица при заключении Договора страхования в электронном виде не производится. В случае, если на основании сведений, представленных для заключения Договора страхования в электронной форме, Страховщик считает необходимым провести медицинское обследование лица, принимаемого на страхование, до заключения Договора страхования, Договоры страхования в виде электронных документов не заключаются.

7.10. Заключая Договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь несет ответственность за предоставление согласия Застрахованных лиц на обработку их персональных данных. Под обработкой персональных данных понимаются: сбор, систематизация, накопление, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также совершение иных действий с персональными данными физических лиц в статистических целях и в целях проведения анализа страховых рисков.

7.11. В случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку персональных данных и/или не готовность предоставить такое согласие, действие Договора страхования в отношении такого лица прекращается с момента, когда Страховщику стало известно об этих обстоятельствах.

Отзыв Застрахованным лицом или Страхователем согласия на обработку своих персональных данных признается Страховщиком в качестве волеизъявления Застрахованного лица или Страхователя о досрочном отказе от Договора страхования, в связи с чем уплаченная Страховщику страховая премия за лиц, в отношении которых прекращается действие Договора страхования, не подлежит возврату Страхователю или зачету при последующем страховании новых лиц.

7.12. Договор страхования, заключенный со Страхователем — юридическим лицом, может оформляться в виде единого документа для всех Застрахованных с приложением списка таких лиц. При этом, по желанию Страхователя Страховщик выдает страховые полисы на каждого Застрахованного. В приложенном списке Застрахованных для каждого Застрахованного может быть указана отдельная страховая сумма и период страхования.

7.13. Договор страхования всегда заключается до начала поездки Застрахованного за границу. В случае заключения Договора страхования после начала поездки в любом случае действует временная франшиза не менее 5 (Пяти) дней с даты оформления Договора.

7.14. Заключая/подписывая Договор страхования/Полис, Страхователь подтверждает, что Страховщик до заключения Договора страхования/Полиса предоставил ему в доступной форме полную информацию:

7.14.1. об условиях, на которых может быть заключен Договор страхования, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, а также порядок осуществления страховой выплаты (страхового возмещения), в том числе перечень документов, которые необходимо представить вместе с заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая;

7.14.2. об обстоятельствах, влияющих на размер страховой премии, о способах и сроках (периодичности) уплаты страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов);

7.14.3. о применяемых Страховщиком франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях Страхователя (Застрахованного лица), совершение которых может повлечь отказ Страховщика в страховой выплате или сокращение ее размера;

7.14.4. о размере (примерном расчете) страховой премии на основании представленной Страхователем информации и/или на основании предоставленного заявления о заключении договора страхования/Полиса с уведомлением Страхователя о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска;

7.14.5. о наличии условия возврата Страхователю уплаченной страховой премии в случае отказа Страхователя от договора страхования/Полиса в течение определенного срока со дня его заключения или о его отсутствии в соответствии с действующим законодательством;

7.14.6. о сроках рассмотрения обращений Страхователя относительно страховой выплаты, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от компетентных органов и (или) сторонних организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия Страховщиком решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты;

7.14.7. о принципах расчета размера причиненного ущерба;

7.14.8. о праве Страхователя запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

8. ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Застрахованный имеет право на получение услуг, предусмотренных настоящими Правилами и условиями Договора страхования, во время его пребывания за границей на территории, указанной в Договоре страхования. Услуги, предусмотренные условиями Договора страхования, оказываются в стране наступления страхового случая.

8.2. Из территории действия Договора страхования исключаются:

– территория иностранного государства, в котором постоянно/преимущественно проживает и/или гражданином которого является (или в котором имеет вид на жительство) Застрахованное лицо;

– государства, на территории которых ведутся военные действия.

8.3. Договором страхования может быть введено ограничение по территории страхования, с указанием конкретной страны или группы стран пребывания Застрахованного.

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

9.1. Срок действия Договора страхования устанавливается по соглашению Сторон.

9.1.1. Договором страхования могут быть предусмотрены однократные поездки Застрахованного за границу в течение срока действия Договора страхования. При этом срок действия Договора страхования может соответствовать сроку поездки Застрахованного за границу или превышать его. В Договоре страхования указывается дата его начала и окончания. При этом количество поездок ограничивается одной поездкой в период действия Договора страхования.

9.1.2. Договором страхования могут быть предусмотрены многократные поездки Застрахованного за границу в течение срока действия Договора:

9.1.2.1. Если в Договоре страхования не оговорено иное, то срок одной поездки не может превышать количество дней страхования, указанных в Договоре страхования. Количество поездок в течение периода действия Договора страхования при этом не ограничивается.

9.1.2.2. Договором страхования может быть предусмотрено общее количество дней страхования (указано в Договоре как мульти/multi) для всех поездок Застрахованного в период действия Договора страхования. При этом Страховщик несет ответственность только в пределах определенного количества дней страхования, обозначенного в Договоре страхования. При каждом выезде на территорию действия Договора страхования указанное количество дней автоматически уменьшается на количество дней, проведенных в стране действия Договора страхования. Ответственность Страховщика прекращается по истечению оговоренного в Договоре страхования срока его действия либо лимита страховых выплат, в зависимости от того, что произойдет ранее. Договор страхования вступает в силу в сроки, установленные в Договоре страхования, но не ранее 00:00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии на счет Страховщика или в кассу Страховщика, либо его представителя, и не ранее момента пересечения Застрахованным государственной границы страны, гражданином которой он является или страны, вид на жительство в которой он имеет (по рискам «Страхование медицинских, медико-транспортных и иных расходов», «Страхование от несчастных случаев», «Страхование гражданской ответственности», «Страхование на случай потери или кражи паспорта и проездных документов», «Страхование расходов, связанных с получением необходимой правовой (юридической) помощи во время выезда за границу»). Подтверждением пересечения границы является отметка пограничных служб в заграничном паспорте.

9.2. Обязанность Страховщика по осуществлению страховой выплаты возникает при наступлении страхового случая на территории действия Договора страхования и/или в стране, указанной в Договоре страхования.

9.3. Если Договором страхования не оговорено иное, Договор страхования действует только в течение одной поездки за границу.

9.4. Действие Договора страхования прекращается и Застрахованный теряет право на получение услуг:

9.5.1. в 24.00 часа даты (местного времени — время часовой зоны, в которой расположена соответствующая территория), которая указана в Договоре страхования, как дата его окончания, но не позднее момента пересечения границы:

- Российской Федерации (при зарубежных поездках граждан РФ);

- страны, гражданином которой он является (при зарубежных поездках иностранных граждан) и/или имеет вид на жительство.

9.5.2. в 24.00 часа дня смерти Застрахованного лица (в отношении данного лица);

9.5.3. в случае признания судом Договора страхования недействительным;

9.5.4. в случае исполнения Страховщиком обязательств по Договору страхования в полном объеме;

9.5.5. по соглашению сторон;

9.5.6. в случае отказа Страхователя от Договора страхования, если к моменту такого отказа возможность наступления страхового случая не отпала и существование страхового риска не прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;

9.5.7. если после вступления Договора страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в частности, в результате невозможности выезда за границу по непредвиденным для Страхователя обстоятельствам и данные обстоятельства подтверждены документально;

9.5.8. в случае отказа Страхователя от Договора страхования по причине непредоставления Страховщиком информации о Договоре страхования, предоставления неполной или недостоверной информации об условиях страхования, в соответствии с требованиями, предусмотренными Указанием Банка России от 29.03.2022 № 6109-У.

9.5.9. в других случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ и настоящими Правилами.

9.6. Момент прекращения Договора страхования:

9.6.1. В случае прекращения Договора страхования по основаниям, предусмотренным п.п. 9.5.1, 9.5.3, 9.5.4, 9.5.7, Договор прекращается с момента реализации данных оснований.

9.7. Страховщик освобождается от обязанности осуществить страховую выплату в отношении событий, имеющих признаки страховых случаев, произошедших после прекращения или расторжения Договора страхования в соответствии с условиями данного раздела.

9.8. Возврат страховой премии осуществляется следующим образом:

9.8.1. при досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, указанным в п.п. 9.5.1 и 9.5.4 настоящих Правил, уплаченная страховая премия не подлежит возврату.

9.8.2. если Договор страхования не вступил в силу, и в загранпаспорте нет отметок консульских служб о въездной визе, то страховая премия подлежит возврату в полном размере.

9.8.3. если в загранпаспорте есть действующая виза на поездку, а также если Застрахованный заявляет о своем невыезде после истечения срока страхования, указанного в Договоре страхования, то уплаченная премия возврату не подлежит.

9.8.4. при досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, указанным в п.п. 9.5.5 Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной страховой премии пропорционально фактическому количеству дней не истекшего срока действия Договора страхования за вычетом расходов Страховщика на ведение дела.

9.8.5. при досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, указанным в п. 9.5.6 уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если иное не предусмотрено Договором страхования.

9.8.6. в случае отказа Страхователя от Договора страхования по причине непредоставления Страховщиком информации о договоре страхования, предоставления неполной или недостоверной информации об условиях страхования, в соответствии с требованиями, предусмотренными Указанием Банка России от 29.03.2022 № 6109-У, Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной страховой премии пропорционально фактическому количеству дней неистекшего срока действия Договора страхования.

9.9. Размер части страховой премии, подлежащей возврату Страхователю при расторжении Договора страхования по указанным выше причинам, рассчитывается исходя из фактически внесенной суммы страховой премии, отраженной в платежных документах.

9.10. При страховании в эквиваленте иностранной валюты, в случае досрочного расторжения (прекращения) Договора страхования или прекращения Договора страхования в отношении части объектов страхования и возврата части страховой премии за не истекший срок действия Договора страхования, расчет производится в рублях по официальному курсу ЦБ РФ, установленному для данной валюты на дату расторжения (прекращения) Договора страхования, но не более курса валюты страхования, установленного ЦБ РФ на дату заключения Договора.

9.11. Подлежащая возврату страховая премия возвращается в течение 7 (Семи) рабочих дней считая от даты подписания соглашения о досрочном расторжении Договора страхования в письменной форме.

9.12. Возврат причитающейся Страхователю, на основании п. 9.8.6 настоящих Правил, части страховой премии производится Страховщиком в течение 7 (Семи) рабочих дней с даты получения им письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

9.13. Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным, если после его заключения будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику недостоверные сведения о состоянии здоровья Застрахованных, цели поездки.

9.14. Если срок действия Договора страхования закончился, а лечение по текущему заболеванию Застрахованного не завершено, Страховщик берет на себя расходы на оплату медицинских услуг при госпитализации до купирования неотложного медицинского состояния и выписки из стационара.

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. Страхователь (Застрахованный) имеет право:

10.1.1. Получать страховые выплаты, медицинские и иные услуги в соответствии с настоящими Правилами и условиями Договора страхования;

10.1.2. Осуществлять контроль за выполнением условий Договора страхования;

10.2. Страхователь (Застрахованный) обязан:

10.2.1. Своевременно уплатить страховую премию, в размере и порядке, предусмотренном Договором страхования.

10.2.2. Ознакомиться и довести до сведения Застрахованных лиц положения настоящих Правил, условий Договора страхования.

10.2.3. При наступлении случая, имеющего признаки страхового, до обращения в медицинское учреждение незамедлительно обратиться в Сервисный центр по телефону, указанному в Полисе, либо Приложениях к нему. Далее следовать указаниям и рекомендациям Сервисного центра.

10.2.4. Иметь при себе оригинал Полиса и приложений к нему (Правил страхования, условий страхования) при выезде за границу, в том числе при обращении в Сервисный центр, во время консультации врача или визита в Клинику.

10.2.5. Обеспечить сохранность Полиса, иных страховых, личных документов. Не передавать их другим лицам, в том числе для получения медицинских услуг.

10.2.6. При обращении за помощью в Сервисный центр, сообщить номер своего действующего контактного мобильного телефона и иные контакты, если они есть, ответить на все вопросы сотрудника Сервисного центра.

10.2.7. Не принимать на себя никаких обязательств в отношении ответственности по любым выплатам за исключением тех, которые согласованы с Сервисным центром.

10.2.8. Дать и не отзывать письменное Согласие на доступ представителя Страховщика и Сервисного центра к своим персональным данным, специальным персональным данным, включая доступ к медицинской документации и иной информации о своем здоровье по форме, предложенной Страховщиком и/или Сервисным центром. Согласие должно быть дано на срок достаточный для окончательного урегулирования заявленного случая, включая принятие решения о том, является ли случай страховым и проведение оплаты в Клинику.

10.2.9. Получить, сохранить медицинские и платежные документы (выписки, счета, рецепты и иные документы), связанные со страховым случаем, предусмотренные настоящими Правилами и Договором страхования, и необходимыми для решения вопроса о страховой выплате, своевременно передать их Страховщику, приложив к Заявлению на страховую выплату установленной Страховщиком формы.

10.2.10. Предоставить, по запросу Страховщика, дополнительную документацию, имеющую отношение к страховому случаю.

10.2.11. Информировать Страховщика о других Договорах страхования, заключенных в его пользу и предусматривающих покрытие медицинских и иных расходов при выезде за границу.

10.2.12. При заключении Договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, если эти обстоятельства неизвестны и должны быть известны Страховщику, а также обо всех действующих и заключаемых Договорах страхования в отношении принимаемого на страхование лица. Существенными признаются, по меньшей мере, обстоятельства, оговоренные в Заявлении на страхование. Существенными могут быть также признаны сведения и обстоятельства, относящиеся к определению степени риска, если Страховщик докажет, что, зная о таких сведениях и/или обстоятельствах, он никогда бы не принял данный риск на страхование, либо принял бы его на иных условиях.

10.2.13. В письменном виде в течение 10 (Десяти) календарных дней в период действия Договора страхования сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

10.2.14. В период действия Договора страхования незамедлительно сообщать Страховщику обо всех существенных изменениях в принятом на страхование риске;

10.2.15. При наличии претензии на страховую выплату, предоставить Страховщику документальные доказательства в подтверждение того, что случай является страховым.

10.3. Страховщик имеет право:

10.3.1. Требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования.

10.3.2. Поменять Сервисную компанию, или привлечь другую, осуществляющую сервисное сопровождение Договора страхования.

10.3.3. Выяснять самостоятельно и/или через Сервисный центр причины и обстоятельства страхового случая, проводить расследования, направлять запросы о факте, причинах, обстоятельствах страхового случая в соответствующие организации, отсрочив при этом страховую выплату.

10.3.4. Не возмещать полностью или частично расходы, не организованные Сервисным центром и/или предварительно не согласованные с ним.

10.3.5. Сократить сумму страховой выплаты, или потребовать участия в расходах Страхователя (Застрахованного), если течение внезапного заболевания или травмы, усугубляется хроническим заболеванием.

10.3.6. Немедленно в одностороннем порядке расторгнуть Договор страхования или потребовать доплаты страховой премии при изменении первоначальных характеристик застрахованного объекта, указанных в заявлении на страхование;

10.3.7. В случае если компетентные органы располагают материалами, дающими основание Страховщику признать случай не страховым, отсрочить выплату до выяснения всех обстоятельств и вынесения судебного решения;

10.3.8. Предъявить в пределах сумм выплаченного страхового возмещения иски в порядке суброгации к лицам, ответственным за причиненный ущерб;

10.3.9. Отсрочить составление страхового акта и выплату страхового возмещения в том случае, если:

– производилась независимая экспертиза причин и обстоятельств наступления страхового случая и размера ущерба. Отсрочка происходит до момента окончания экспертизы и составления соответствующего документа;

– ведется судебное разбирательство, результат которого может повлиять на размер убытка и/или обстоятельства произошедшего события. Отсрочка может происходить до момента вступления судебного акта в законную силу при отсутствии его обжалования. В случае обжалования отсрочка происходит до момента принятия судебного акта, не подлежащего обжалованию.

10.3.10. Требовать от Застрахованного выполнения обязанностей по Договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Застрахованным требования о страховой выплате. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несет Застрахованный;

10.3.11. Вычитать из суммы возмещения расходов Застрахованного стоимость неиспользованных проездных документов, не переданных Страховщику при наступлении события, указанного в п.п. 15.2.4. настоящих Правил.

10.3.12. Потребовать признания Договора страхования недействительным, если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления. Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в стандартной форме Договора страхования;

10.3.13. Требовать передачи претензий в размерах, в рамках которых покрываются медицинские расходы, если Страхователь (Застрахованный) имеет претензии к третьему лицу по возмещению вреда своему здоровью и эти претензии не затрагивают правового аспекта страхования;

10.3.14. Не производить страховую выплату, если Застрахованное лицо или его представитель не предоставил все необходимые документы, для принятия решения о выплате страхового возмещения;

10.3.15. Представлять интересы Застрахованного;

10.3.16. Принимать такие меры, которые он считает необходимыми для сокращения убытков, взять на себя по письменному распоряжению Застрахованного защиту его прав и вести все дела по урегулированию убытков;

10.3.17. Страховщик вправе определять порядок и объем предоставления медицинских и иных услуг, в зависимости от законодательства страны и особенностей, возможностей страны/региона временного пребывания Застрахованного.

10.3.18. Потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска в случае его уведомления об обстоятельствах, влекущих увеличение данного страхового риска.

10.3.19. Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в порядке, предусмотренном гражданским законодательством.

10.3.20. Потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением данного Договора страхования, в случае неисполнения Страхователем обязанности, предусмотренной в пункте 10.2.14. настоящих Правил.

10.4. Страховщик обязан:

10.4.1. Контролировать объем, сроки оказания услуг, предоставленных Застрахованному, в соответствии с настоящими Правилами и условиями Договора страхования.

10.4.2. Произвести страховую выплату при наступлении страхового случая, в соответствии с условиями заключенного Договора страхования и настоящими Правилами.

10.4.3. Предоставлять информацию об условиях страхования, в соответствии с требованиями, предусмотренными Указанием Банка России от 29.03.2022 № 6109-У.

11. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ О ДЕЙСТВИЯХ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

11.1. Сервисный центр, при наступлении страхового случая, содействует в организации медицинской и иной помощи Застрахованному, информирует его о порядке предоставления этой помощи, дает рекомендации по дальнейшим действиям.

11.2. Для получения неотложной медицинской помощи и иных услуг, предусмотренных настоящими Правилами и Договором страхования/Полисом, Застрахованный (его Представитель) обязан:

11.2.1. Обратиться в Сервисный центр, по круглосуточным телефонам, указанным в Полисе и/или Приложениях к нему, и сообщить следующую информацию, за исключением случаев, когда у Застрахованного лица или его представителя не было возможности связаться с Сервисным центром:

- фамилию, имя Застрахованного (вариант написания в заграничном паспорте);
- номер Полиса;
- срок действия Полиса;

- дату рождения Застрахованного;
- описать возникшую проблему, обстоятельства, жалобы, характер требуемой медицинской или иной помощи;
- сообщить точное местонахождение Застрахованного – адрес, название (отеля, клиники), контактные телефоны, в том числе номер мобильного телефона;
- ответить на иные вопросы сотрудника Сервисного центра.

11.2.2. Строго следовать инструкциям сотрудника Сервисного центра, согласовывать все свои действия.

11.2.3. Предъявить в Клинике Полис, паспорт или иной документ, удостоверяющий личность, при получении медицинских услуг, организованных Сервисным центром.

11.2.4. Не давать в залог паспорт и иные документы, не давать расписки и не брать на себя обязательства по оплате без согласования с Сервисным центром.

11.2.5. Оплатить непосредственно в Клинику сумму безусловной франшизы, если она предусмотрена Договором страхования.

11.2.6. Соблюдать предписания лечащего врача и порядок, установленный в Клинике, в которой Застрахованному оказывают медицинские услуги.

11.2.7. Дать согласие на медицинскую репатриацию в страну постоянного проживания, если, по мнению врача Сервисного центра, основанному на данных медицинских документов из Клиники, она возможна. Отказ Застрахованного дать это согласие, влечет утрату прав Застрахованного на покрытие Страховщиком дальнейших расходов на его лечение и пребывание в Клинике за границей. Страховщик не оплачивает расходы, возникшие с даты предложенной медицинской репатриации.

11.2.8. Подписать, по указанию Сервисного центра, документы, подтверждающие его согласие на доступ Страховщика и/или Сервисной компании или их представителей к любой информации о состоянии его здоровья, оказываемых медицинских услугах, ознакомление с медицинской документацией, получение копий этих документов, освободив лечащего врача от обязанностей соблюдения врачебной тайны. Форма согласия предоставляется Клиникой и/или Сервисным центром.

11.2.9. В отдельных случаях, когда невозможно организовать услуги без оплаты на месте, и/или при которых, лечение не может быть осуществлено в Клиниках, сотрудничающих с Сервисной компанией, Застрахованный сам оплачивает организованные ему Сервисным центром услуги или предварительно согласованные с ним. По возвращении в РФ, подает Страховщику документы для рассмотрения вопроса о страховой выплате в порядке, определенном настоящими Правилами и Договором страхования.

11.3. Застрахованный (его Представитель), при невозможности обратиться в Сервисный центр в момент наступления страхового случая, должен сделать это при первой возможности.

11.4. Страховщик не несет ответственности за качество оказанных медицинских услуг.

11.5. Страховщик, в случае, самостоятельного обращения Застрахованного в Клинику (если оно не было организовано и/или предварительно согласовано с Сервисным центром), оставляет за собой право принять решение о степени участия в урегулировании такого случая. Застрахованному может быть предложено самостоятельно оплатить расходы, и по возвращении в страну постоянного проживания, предоставить Страховщику документы для рассмотрения вопроса о компенсации понесенных расходов, в соответствии с настоящими Правилами.

При этом выплата Застрахованному лицу производится только в том случае, если он согласовал расходы со Страховщиком или Сервисной компанией, за исключением случаев, когда у Застрахованного лица или его представителя не было возможности (при доказанной невозможности связаться) связаться с Сервисным центром, при условии предоставления всех необходимых документов, связанных с наступлением страхового случая.

11.6. Страховщик не несет ответственности в случае несоблюдения перевозчиком расписания движения.

11.7. В случае выявления у Застрахованного заболеваний и состояний, не являющихся страховым случаем, Сервисный центр может оказать содействие в организации медицинских и иных услуг Застрахованному, по его просьбе. При этом Страховщик не оплачивает и не возмещает расходы по оплате этих услуг.

12. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

12.1. Страховщик при наступлении страхового случая, производит страховую выплату путем оплаты и/или возмещения расходов за медицинские и иные услуги, организованные или предварительно согласованные и санкционированные Сервисным центром:

12.1.1. Сервисному Центру либо иной организации, организовавшей или оказавшей услуги по поручению Страховщика. Страховщик оплачивает Счет, выставленный в соответствии с данными им гарантиями за организацию и оказание медицинской и иной помощи, путем перечисления денежных средств безналичным путем.

12.1.2. Застрахованному лицу, путем возмещения понесенных расходов, если он сам оплатил эти услуги, организованные Сервисным центром или санкционированные им, и предоставил Страховщику все необходимые документы, предусмотренные настоящими Правилами, для рассмотрения вопроса о страховой выплате. Возмещение понесенных расходов осуществляется путем безналичного перечисления средств, на счет Застрахованного, либо наличными через кассу Страховщика.

12.2. Для рассмотрения вопроса о возмещении понесенных расходов, Застрахованный представляет Страховщику оригиналы следующих документов, если иное не установлено Разделами 3 - 6, 8, 9 настоящих Правил:

– письменное Заявление о случившемся, в том числе с обоснованием причин не обращения в Сервисный центр;

– Полис;

– медицинская выписка Застрахованного из Клиники с указанием: Фамилии, Имени Застрахованного, даты рождения, истории заболевания, жалоб, диагноза при поступлении, перечня и результатов, проведенных инструментальных и лабораторных обследований, проведенного лечения, динамики состояния, сроков лечения, рекомендациями, при стоматологической помощи указать какие именно зубы подверглись лечению;

– выписанные врачом рецепты на приобретение лекарственных препаратов, с указанием – Фамилии, Имени Застрахованного и врача, названия лекарственного препарата, количества, дозы и порядка применения, даты оформления рецепта;

– направление на прохождение лабораторных исследований с указанием дат, наименований и стоимости услуг;

– счета медицинских и иных учреждений за оказанные услуги (на фирменном бланке и с соответствующем штампом), с указанием фамилия, имя пациента, даты рождения, даты обращения, диагноза, продолжительности лечения, перечня оказанных услуг с разбивкой по датам и стоимости, а также общей суммы к оплате. Для рассмотрения вопроса о возмещении понесенных расходов, от Застрахованного принимаются только оплаченные счета;

– счета транспортных и иных компаний, услугами которых Застрахованный воспользовался;

– счета организаций, занимавшихся репатриацией Застрахованного, в том числе и посмертной, с указанием дат, наименований и стоимости услуг;

– документы, подтверждающие факт оплаты представленных счетов;

– проездные документы;

– посадочные талоны;

– полицейский протокол и/или иной документ, его заменяющий, с указанием обстоятельств произошедшего события (ДТП, причинение вреда здоровью/смерти третьим лицом, смерть Застрахованного вне медицинского учреждения);

– информационную карту с указанием лицевого счета в случае получения страхового возмещения безналичным перечислением;

– документы, подтверждающие родство с Застрахованным лицом;

– свидетельство о рождении, документ об опекунов при представлении интересов несовершеннолетних/недееспособных лиц;

– документы, подтверждающие расходы и оплату телефонных звонков в Сервисный центр с указанием телефонного номера, даты, времени, расходов, заверенные оператором сотовой связи или в отеле;

– документы, подтверждающие причину не обращения в Сервисный центр.

12.3. Заявление на страховую выплату (возмещение понесенных расходов) установленной Страховщиком формы, с приложением необходимых документов, должно быть подано Застрахованным Страховщику, в течение 30 (Тридцати) календарных дней с момента возвращения в страну постоянного проживания из поездки.

12.4. Прилагаемые медицинские и финансовые документы из медицинских и иных учреждений должны быть подлинными, оформлены на фирменном бланке учреждения, с указанием его названия, адреса, контактов, с соответствующими подписями и печатью.

12.5. Если документы составлены на иных, чем русский или английский языках, к ним должен быть приложен их перевод на русский язык, удостоверенный нотариусом. Расходы за перевод документов несет Страхователь/Застрахованный.

12.6. Страховщик в течение 15 (Пятнадцати) банковских дней с момента получения от Застрахованного всех необходимых документов, рассматривает Заявление на страховую выплату и по истечении этого срока:

– либо принимает решение о страховой выплате;

– либо отсрочивает срок выплаты, для проведения дополнительного расследования, в том числе сделав запросы на получение дополнительных документов, информации, с уведомлением Застрахованного;

– либо отказывает в страховой выплате;

12.7. Если по факту страхового случая требуются дополнительное расследование, Страховщик имеет право отсрочить страховую выплату, с письменным уведомлением Застрахованного и при необходимости запросом у него дополнительных документов.

12.8. Застрахованное лицо самостоятельно осуществляет действия по получению дополнительных медицинских и иных документов, уточнению информации, имеющей отношение к страховому случаю.

12.9. Если страховая сумма по соответствующему риску в Договоре страхования установлена в валютном эквиваленте, то применяется курс ЦБ РФ на день выплаты страхового обеспечения. Если курс ЦБ РФ на день выплаты страхового обеспечения выше курса ЦБ РФ на день заявления Застрахованным о страховом случае в сервисную компанию или Страховщику на 20% и более, то при расчете страхового обеспечения применяется

курс ЦБ РФ на день заявления Застрахованным о страховом событии в сервисную компанию или Страховщику, увеличенный на 20%.

В Договоре страхования может быть установлено иное ограничение на величину изменения курса валют.

12.10. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю (Застрахованному лицу) в письменной форме с обоснованием причин отказа.

12.11. К Страховщику, уплатившему страховое возмещение, переходит в размере уплаченной суммы право требования, которое Страхователь (Застрахованное лицо) имеет к лицу, ответственному за причиненный ущерб. Для этого, Страхователь и/или Застрахованное лицо обязаны передать Страховщику все документы и сообщить ему все сведения, необходимые для осуществления Страховщиком перешедших к нему прав.

12.12. Страховщик не несет расходов, связанных с посадкой рейсового или чартерного рейса самолета по медицинским показаниям, связанным со здоровьем, находящихся на борту пассажиров, являющихся Застрахованными.

12.13. После принятия решения о страховой выплате Страховщик в течение 15 (Пятнадцати) рабочих дней производит страховую выплату на реквизиты, указанные в Заявлении, или в случае отказа в страховой выплате направляет обоснованный отказ на адрес, указанный в Заявлении, или уведомление об отсрочке выплаты для проведения дополнительного расследования.

13. ОБЩИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ. ОСНОВАНИЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

13.1. Страховщик в любом случае не несет ответственность и не признает событие страховым по случаям, возникшим в результате:

13.1.1. умышленного действия/бездействия Страхователя, Застрахованного, направленного на наступление страхового случая;

13.1.2. совершения Страхователем или лицом, в пользу которого заключен Договор страхования, умышленного преступления или противоправного действия, находящегося в прямой связи со страховым случаем;

13.1.3. воздействия ядерного взрыва, радиации, радиоактивного или иного вида поражения вследствие применения оружия массового поражения и их последствия;

13.1.4. военных действий, гражданской войны, забастовок, мятежей, народных восстаний, диверсий, гражданских волнений, массовых беспорядков и прочих подобных событий, с или без участия в них Застрахованного лица;

13.1.5. изъятия, конфискации, национализации, реквизиции, ареста или уничтожения застрахованного имущества по распоряжению государственных органов и иных аналогичных мер политического характера, предпринятых по распоряжению военных или гражданских властей и политических организаций;

13.1.6. террористического акта и/или терроризма, несмотря на любые другие обстоятельства или события, действующие одновременно; действий по контролированию, предупреждению, подавлению или любыми другими действиями, относящимися к террористическому акту и/или терроризму.

13.1.7. При управлении транспортным средством самим Застрахованным, либо передачей управления другому лицу, если, при этом водитель, не имел соответствующего водительского удостоверения, находился в состоянии алкогольного, наркотического, токсического или иного опьянения, либо под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание.

13.1.8. При совершении Застрахованным противоправных действий.

13.1.9. Воздействия любого вида ионизирующего излучения, радиоактивного заражения.

13.1.10. Службы Застрахованного в вооруженных силах любого государства и любых формированиях.

13.1.11. При полете на летательных аппаратах, в том числе безмоторных и/или сверхлегких, моторных планерах, парашютах; управлении ими; кроме полета в качестве пассажира на самолете гражданской авиации, управляемом профессиональным пилотом.

13.1.12. Стихийных бедствий и их последствий.

13.2. Если иное не оговорено в Договоре страхования Страховщик не выплачивает страховое возмещение в следующих случаях:

13.2.1. События, произошедшего в течение срока действия Договора страхования, но причины наступления которого начали действовать до вступления Договора страхования в силу.

13.2.2. При занятии Застрахованным:

– профессиональной деятельностью и/или физическим трудом, связанными с повышенной опасностью – шахтеры, строители и т.п., в том числе, если это являлось целью поездки Застрахованного;

– опасными видами активного отдыха и любительского спорта (сафари, дайвингом, рафтингом, верховой ездой, спелеологией, альпинизмом, горнолыжным спортом, бейсджампинг, паркур, кейв-дайвинг, серфинг, вейкбординг, маунтинбайк, сноубординг, поездкой на квадроциклах, скутерах и любыми другими видами, которые могут увеличить риск травматизма Застрахованного);

– профессиональным спортом, в т. ч. во время тренировок, соревнований.

Для покрытия этих рисков, Страхователь должен уплатить дополнительную страховую премию по Договору страхования, с указанием в нем в качестве особых условий включения этих рисков.

13.2.3. Если страховой случай произошел на территории, не указанной в Договоре страхования как

территория страхования.

13.3. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо что отсутствию у Страховщика сведений об этом могли сказаться на его обязанности выплатить страховое возмещение в случае если: Застрахованный не представил в течение 30 (Тридцати) дней с момента возвращения из поездки в страну постоянного проживания заявление на страховую выплату, установленной Страховщиком формы с приложением всех необходимых документов согласно настоящим Правилам и Договором страхования.

13.4. Страхование по Договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил, не распространяется на убытки, возникшие в результате ошибок, допущенных консульскими службами, транспортными компаниями, туроператорами/турагентами, непосредственно Застрахованным и другими юридическими и физическими лицами, имеющими отношение к подготовке, организации и проведению поездки. Данный пункт не применяется к рискам Раздела 2 - Страхование медицинских, медико-транспортных и иных расходов.

13.5 По Договору страхования, заключенному в соответствии с настоящими Правилами, не подлежит возмещению моральный вред.

13.6. Страховщик не несет ответственность и не признает событие страховым по случаям, возникшим вследствие алкогольного Застрахованного.

14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

14.1. Все споры по Договору страхования, по возможности, разрешаются Сторонами путем переговоров.

14.2. При недостижении согласия, спор подлежит разрешению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

14.3. В случае если спор относится к категории споров, для которой законодательством Российской Федерации предусмотрено обязательное досудебное урегулирование уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг (финансовым уполномоченным), то он разрешается в порядке и в сроки, установленные законодательством о финансовом уполномоченном.

14.4. Все иные, не оговоренные настоящими Правилами условия, регулируются действующим законодательством Российской Федерации.

14.5. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязательств, виновная Сторона обязана возместить другой Стороне, причиненные таким неисполнением или ненадлежащим исполнением убытки в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Раздел 2

15. СТРАХОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ, МЕДИКО-ТРАНСПОРТНЫХ И ИНЫХ РАСХОДОВ

15.1. Страховым случаем по риску **«Страхование медицинских, медико-транспортных и иных расходов»** является событие, вызванное внезапным заболеванием, травмой в результате несчастного случая, требующих оказания экстренной и/или неотложной медицинской помощи; смерть Застрахованного при условии, что указанные события произошли во время пребывания Застрахованного в пределах территории, указанной в Договоре страхования, в период действия Договора страхования и являлась следствием наступления страхового случая.

15.2. **Перечень видов помощи, расходы на которые покрываются Страховщиком по риску «Страхование медицинских, медико-транспортных и иных расходов»:**

15.2.1. **Медицинская помощь** - амбулаторная, стационарная, экстренная и неотложная медицинская помощь, в том числе консультативная, диагностическая и лечебная, необходимая для купирования неотложного/экстренного медицинского состояния, а также подготовки Застрахованного к транспортировке, в том числе медицинской, в страну постоянного проживания.

15.2.2. **Медико-транспортная помощь организуется Сервисным центром, с использованием специализированного медицинского или обычного видов транспорта, в том числе авиационного.**

а) транспортировка Застрахованного лица машиной «скорой помощи» или иным транспортным средством: с места нахождения или происшествия в ближайшее медицинское учреждение или, если это необходимо по медицинским показаниям, в ближайшее медицинское учреждение, оборудованное для лечения полученных телесных повреждений или конкретного заболевания, при угрозе жизни и/или когда Застрахованный не может самостоятельно передвигаться ввиду тяжести полученной травмы. Такие расходы оплачиваются только по первичной эвакуации/транспортировке Застрахованного или из одного медицинского учреждения в другое, предписанном лечащим врачом и подтвержденном заключением врача Страховщика/Сервисного Центра;

б) транспортировка Застрахованного из-за границы организуется и проводится при отсутствии медицинских противопоказаний, после получения письменного разрешения из Клиники, с указанием условий ее проведения. Сервисный центр, на основании медицинских документов, принимает решение о возможности проведения медицинской репатриации, ее дате, виде транспорта, положении Застрахованного при транспортировке,

необходимости и виде сопровождения (медицинское – врачом, фельдшером, либо гражданским лицом), необходимость использования переносного медицинского оборудования, лекарственных средств.

15.2.3. Возвращение Застрахованного в страну постоянного проживания, если Застрахованный не вернулся своевременно в страну постоянного проживания по причине страхового случая покрываются расходы на билет экономического класса в один конец для Застрахованного до населенного пункта, откуда был совершен вылет (выезд) Застрахованного. Застрахованный должен сделать все от него зависящее для того, чтобы сдать имеющийся у него неиспользованный билет и возместить его стоимость Страховщику или Сервисному центру. При несоблюдении этого условия, Страховщик имеет право вычесть из суммы страховой выплаты, стоимость неиспользованных проездных документов.

15.2.4. Посмертная репатриация – транспортировка тела, посмертных останков в страну постоянного проживания, если смерть Застрахованного наступила в результате страхового случая. Покрываются необходимые для международной транспортировки расходы на подготовку тела к транспортировке, в том числе расходы на покупку гроба, оформление необходимых для этого документов, транспортные расходы. Вид транспорта, с использованием которого осуществляется посмертная репатриация и дата ее проведения, определяются Сервисным центром. По согласованию с родственниками, возможна кремация тела Застрахованного, с транспортировкой урны в страну постоянного проживания. Посмертная репатриация тела осуществляется до ближайшего к месту жительства Застрахованного международного аэропорта, вокзала, порта страны постоянного проживания. Расходы на ритуальные услуги не покрываются.

15.2.5. Связь с Сервисным центром – расходы на телефонные разговоры с Сервисным Центром по страховому случаю. Возмещаются расходы на звонки по номеру Сервисного центра, указанному в Полисе в сумме эквивалентной не более 100 условных единиц в зависимости от валюты Договора страхования, если иное не определено условиями Договора страхования.

При необходимости, Сервисный центр, связывается с родственниками в стране постоянного проживания Застрахованного по телефону или с использованием иных средств связи, для передачи срочных сообщений родственникам Застрахованного, связанных со страховым случаем.

15.2.6. Стоматологическая помощь - экстренная стоматологическая помощь при остром воспалении или травме естественного зуба и окружающих тканей. Покрываются расходы на анестезию, рентген, удаление зуба, вскрытие абсцесса мягких тканей или девитализация зуба - в сумме эквивалентной не более 200 условных единиц в зависимости от валюты Договора страхования, если иное не определено условиями Договора страхования.

15.2.7. Визит родственника Застрахованного - если Застрахованный путешествует без сопровождающего, и срок его стационарного лечения превысил 10 (Десять) суток в результате страхового случая, Страховщик покрывает расходы на билеты для проезда экономическим классом одного совершеннолетнего Родственника (согласно определению в п. 2.13 Правил) Застрахованного или иного лица указанного Застрахованным, к месту его стационарного лечения, при этом, расходы на обратный билет покрываются в случае возвращения Родственника совместно с Застрахованным и необходимости по медицинским показаниям гражданского сопровождения. Расходы по пребыванию Родственника в стране временного пребывания не покрываются.

15.2.8. Возвращение несовершеннолетнего ребенка, если ребенок, являющийся Застрахованным лицом, остался без присмотра в результате госпитализации по причине страхового случая сопровождающего его взрослого Родственника, с которым он путешествовал, при условии, что он путешествовал с одним сопровождающим и у него есть свой заграничный паспорт. Покрываются расходы на билет экономического класса для одного сопровождающего совершеннолетнего лица, определенного Сервисным центром.

15.2.9. Пребывание в стационаре одного из родителей, путешествующих вместе с госпитализированным Застрахованным ребенком, если возраст ребенка до 7 лет. Расходы на питание и иные расходы не покрываются.

15.2.10. Досрочное возвращение Застрахованного в страну постоянного проживания, расходы по проезду Застрахованного лица в один конец экономическим классом в связи с досрочным возвращением на место постоянного проживания в случае внезапной или непредвиденной смерти его близкого родственника при условии возврата Застрахованным лицом Страховщику неиспользованного обратного билета.

15.3. Расходы, не покрываемые Страховщиком по риску «Страхование медицинских, медико-транспортных и иных расходов».

15.3.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования страховыми случаями не являются, и Страховщик не оплачивает и не возмещает расходы за медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному, в случае возникновения следующих заболеваний, их обострений и/или осложнений:

а) заболеваний и травм, существовавших и/или требовавших лечения до момента начала действия Договора страхования, и/или либо до начала поездки Застрахованного за границу, даже если Застрахованный не знал о наличии указанных заболеваний;

б) лечение хронического заболевания, если необходимость оказания медицинской помощи не связана с угрозой жизни Застрахованного. В случае угрозы жизни лимит возмещения по экстренной помощи составляет 5% от страховой суммы, предусмотренной Договором страхования для этого Застрахованного, включение его на иных условиях и с иными лимитами ответственности, оговаривается Договором страхования, как особое условие с указанием лимита ответственности по этому виду помощи;

в) врожденных аномалий и пороков развития, наследственных и генетических заболеваний, сосудистых аневризм и мальформаций;

г) онкологических заболеваний, новообразований, доброкачественных и злокачественных; гематологических заболеваний;

д) стоматологических заболеваний, кроме экстренной помощи по купированию острой боли, предусмотренной настоящими Правилами;

е) последствий солнечного излучения, кожных проявлений аллергических реакций, кожных заболеваний; серных пробок;

ж) беременности, ее течения, осложнений, прерывания, родовспоможения, искусственным прерыванием беременности, кроме случаев внезапного осложнения, угрожающего жизни или документально подтвержденного несчастного случая (однако во всех случаях срок беременности не должен превышать 12 недель), если иное не предусмотрено Договором страхования;

з) лечения в Клиниках, находящихся за пределами страны временного пребывания, где наступил страховой случай.

и) психических заболеваний, аффективных, истерических и панических состояний, неврозов, депрессий, наркомании, алкоголизма, за исключением приступов эпилепсии; а также травм, соматических заболеваний и иных последствий, возникших в связи с этими заболеваниями и состояниями;

к) особо опасных инфекций - холеры, сыпного тифа, чумы, вирусных геморрагических лихорадок и т.п.) и заболеваний, которые могли быть предотвращены заблаговременной вакцинацией и/или являющихся следствием нарушения Застрахованным профилактических карантинных мероприятий; Гепатита С;

л) ВИЧ-инфекции, СПИДа, туберкулеза, венерических заболеваний, заболеваний, передающихся преимущественно половым путем, урогенитальных инфекций;

м) заболеваний и травм, связанных с гражданской ответственностью виновной стороны или расходами, которые могут быть покрыты иными Полисами;

н) заболеваний и патологических состояний, связанных с медицинскими услугами, не организованными, либо не согласованными предварительно с круглосуточным сервисным центром, в том числе ятрогенных, либо возникших вследствие самолечения;

о) поисково-спасательные мероприятия с целью обнаружения Застрахованного 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.

15.3.2. Страховщик не оплачивает и не возмещает расходы, связанные с:

а) эстетической медициной, в том числе пластической хирургией, косметологией;

б) протезированием, эндопротезированием, имплантацией, трансплантацией органов, тканей и клеток, в том числе расходами на эндопротезы, расходные материалы, биоматериалы;

в) ортопедическими операциями, аллопластикой, материалами для остеосинтеза (в сумме более лимита расходов на них, определенного настоящими Правилами);

г) приобретением, арендой и ремонтом медицинского оборудования, устройств, приборов, в том числе очков, контактных линз, слуховых аппаратов; иных технических средств медицинской помощи, в том числе протезов, ортопедических аппаратов, ингаляторов, небулайзеров, термометров;

д) высокотехнологичными видами медицинской помощи, малоинвазивными, инновационными методами лечения; лазерной хирургией; реконструктивными и пластическими операциями на органах и системах, в том числе нервной и опорно-двигательной системах, пластикой связок;

е) эндоваскулярными операциями и вмешательствами, ангиопластикой, в т.ч. баллонной пластикой, эндопротезированием сосудов, эмболизацией, установкой кардиостимулятора, аорто-коронарным шунтированием, подготовкой к этим вмешательствам, включая ангиографию;

ж) компьютерной томографией, магнитно-резонансной томографией, другими дорогостоящими, сложными, углубленными методами диагностики, выполненными до согласования с Сервисным центром;

з) экстракорпоральными методами лечения: плазмфереза, гемосорбции, лазеротерапии и пр.; иммунокоррекции. Лечение в барокамере, кроме случаев по Договорам, предусматривающих соответствующие особые условия – занятия экстремальными водными видами спорта, дайвинг;

и) приобретение лекарственных средств, в количестве большем, чем это предписано врачом в период страхования и до возвращения в страну постоянного проживания;

к) оказанием медицинских услуг, в том числе консультативных, проведение диагностики - лабораторной и инструментальной диагностики, лечения, в объеме большем, чем это необходимо для оказания неотложной медицинской помощи. Профилактическими осмотрами, вакцинациями, попечительским уходом, выполнение медицинских услуг вне Клиники. Услугами, не назначенными врачом или выполняемыми без медицинских показаний, в том числе по желанию Застрахованного лица;

л) проведением диагностики (в том числе консультаций, лабораторных и инструментальных исследований) без последующего лечения;

м) добровольным отказом Застрахованного от выполнения предписаний врача, полученных им в связи с обращением по поводу страхового случая;

н) реабилитационно-восстановительным лечением, в том числе физиотерапевтическим, массажем, рефлексотерапией, мануальной терапией. Диагностикой и лечением методами традиционной и народной медицины, фитотерапии, гомеопатии, гирудотерапии, психотерапевтическими и психоаналитическими услугами, гипнозом;

о) несвоевременным, как преждевременным, так и после запланированного срока, возвращением Застрахованного в страну постоянного проживания, если оно не было необходимо по медицинским показаниям и/или не было санкционировано Сервисным центром;

п) предоставлением Застрахованному лицу в Клинике условий повышенной комфортности – отдельной палаты и палаты-люкс, телефона, телевизора, обслуживанием в палате, пребыванием сопровождающего лица, услугами переводчика;

р) контрацепцией, стерилизацией, лечением бесплодия, оплодотворением или другими формами искусственной репродукции;

с) стационарным лечением, медико-транспортными, транспортными расходами, расходами по посмертной репатриации не организованными и/или не санкционированными Сервисным центром.

15.3.3. Страховщик не оплачивает и не возмещает расходы, возникшие вследствие:

а) отсутствия обращения в Сервисный центр до оказания помощи и/или выбрал Клинику самостоятельно и/или не следовал указаниям сотрудника Сервисного центра, за исключением случаев, указанных в п 11.5. настоящих Правил;

б) поездки Застрахованного, предпринятой с целью проведения медицинских консультаций, обследования и лечения в стране временного пребывания, в том числе санаторно-курортного лечения. При этом Страховщик не возмещает расходы на медицинские услуги, получение которых являлось целью поездки, а также медицинские и иные расходы, связанные с ухудшением здоровья, смертью Застрахованного возникшим в ходе этого лечения;

в) отказа Застрахованного от медицинской репатриации в страну постоянного жительства в тех случаях, когда она разрешена по медицинским показаниям и предложена Страховщиком (Сервисным центром) Застрахованному лицу. Страховщик не оплачивает все виды расходов, возникших с даты предполагаемой медицинской транспортировки и разрешенной медицинской документацией;

г) отказа Застрахованного на перевод в другую Клинику, медицинскую эвакуацию, если эта транспортировка была разрешена врачом, и не было медицинских противопоказаний для ее проведения предложенным способом. С момента этого отказа, Страховщик не покрывает дальнейшие расходы на медицинские и иные услуги;

д) отказа Застрахованного от медицинского обследования или лечения, предложенного Страховщиком (Сервисным центром) в стране постоянного проживания, нарушения режима лечения;

е) отказа Застрахованного дать письменное Согласие на доступ к персональным данным, специальным персональным данным, доступ к его медицинской документации и иной информации о состоянии своего здоровья, по форме, предложенной ему Страховщиком и /или Сервисным центром;

ж) отзыва Застрахованным Согласия на доступ к персональным данным, специальным персональным данным, доступ к его медицинской документации и иной информации о состоянии своего здоровья;

з) несоблюдения Застрахованным необходимых мер безопасности - таких как участие в экскурсиях, организованных нелегализованным оператором; нарушение правил безопасности (джампинг, взбирание на высотные сооружения и объекты; использование в качестве наземного перевозчика нелегализованный вид транспорта; купание в море вне разрешенной зоны на территории отеля или экскурсионной зоны, а также если нет соответствующего разрешения от береговых служб охраны из-за шторма).

Раздел 3

16. СТРАХОВАНИЕ БАГАЖА

16.1. Объект страхования

Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с владением, пользованием и распоряжением принадлежащим ему багажом, а также, если это особо оговорено в Договоре страхования, с дополнительными расходами, связанными с наступлением страхового случая.

16.2. Страховые случаи

16.2.1. Страховым случаем по риску «**Страхование багажа**» являются следующие события, имевшее место в период действия Договора страхования и подтвержденное документально:

16.2.1.1. утрата зарегистрированного багажа, принадлежащего Застрахованному лицу;

16.2.1.2. повреждение (гибель) зарегистрированного багажа, принадлежащего Застрахованному лицу (повреждение багажа может быть полным (гибель багажа) или частичным). Полная гибель багажа имеет место в случае пропажи багажа или, если расходы на ремонт с учетом износа вместе с остаточной стоимостью превышают действительную стоимость багажа; застрахованный багаж считается поврежденным, если расходы на ремонт вместе с остаточной стоимостью не превышают действительную стоимость неповрежденного багажа. В случае полной гибели багажа, Страховщик имеет право затребовать у Страхователя (Выгодоприобретателя) годные остатки данного багажа или вычесть их стоимость из суммы выплаты.

16.2.1.3. задержка зарегистрированного багажа, принадлежащего Застрахованному лицу - задержка

выдачи багажа перевозчиком, подтвержденная соответствующими документами перевозчика, сверх периода, установленного Договором страхования.

16.3. Договор страхования может быть заключен на случай наступления для Застрахованного всех рисков, указанных в п.16.2.1. настоящих Правил так и на случай наступления одного или нескольких из них по одной из следующих программ страхования:

16.3.1. Программа 1:

– утрата зарегистрированного багажа.

16.3.2. Программа 2:

– утрата зарегистрированного багажа;

– повреждение (гибель) зарегистрированного багажа;

– задержка зарегистрированного багажа.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, то страхование производится по Программе 1.

16.4. Страховая сумма.

16.4.1. Страховая сумма по страхованию багажа устанавливается Страхователем по соглашению со Страховщиком и указывается в Договоре страхования.

16.4.2. Страховая сумма, указанная в Договоре страхования, является максимальной суммой, которая может быть выплачена Страховщиком по Договору страхования. Страховая сумма по Договору страхования уменьшается на сумму выплаты по каждому заявленному страховому случаю.

16.5. Расходы, не возмещаемые Страховщиком по риску «Страхование багажа».

16.5.1. Настоящее страхование не распространяется на:

а) наличные деньги в российской и иностранной валюте, ценные бумаги, дисконтные и иные банковские карточки;

б) изделия из драгоценных металлов, драгоценных и полудрагоценных камней, а также драгоценные металлы в слитках, драгоценные и полудрагоценные камни без оправы;

в) антикварные и уникальные изделия, произведения искусства и предметы коллекций;

г) проездные документы, паспорта и любые виды документов, слайды, фотоснимки, фильмокопии;

д) рукописи, планы, схемы, чертежи, модели, бухгалтерские и деловые бумаги; е) любые виды протезов;

ж) животных, растения и семена, кораллы, губки, раковины и грибы;

з) средства авто-, мото-, велотранспорта, воздушные и водные виды транспорта, а также запасные части к ним;

и) меховые изделия (их натурального и искусственного меха);

к) переносная (портативная) аудио-, фото-, кино-, видео_аппаратура, персональные компьютеры, ноутбуки, планшеты, вычислительные и программные системы, пишущие машинки и т.д. и любые принадлежности к ним;

л) предметы религиозного культа;

м) предметы, переданные перевозчику в нарушение правил перевозки и/или запрещенные для перевозки;

н) продукты питания, жидкости, табак.

16.5.2. Не является страховым случаем:

а) пропажа, полная гибель, о которых не было сообщено должностным лицам авиаперевозчика, морского перевозчика или иного перевозчика в течение 24 часов с момента обнаружения факта пропажи или полной гибели багажа;

б) любые последствия военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий, гражданской войны, народных волнений, забастовок, воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

в) утрата багажа в результате конфискации, реквизиции, ареста или уничтожения застрахованного багажа по распоряжению государственных органов;

г) умышленные действия Застрахованного лица;

д) действия государственных органов власти, препятствующие исполнению Страховщиком своих обязательств;

е) повреждение багажа, не сданного перевозчику (ручная кладь).

16.5.3. Не являются страховыми случаями события, явившиеся последствием или результатом:

а) влияния температуры, влажности или особых свойств и естественных качеств содержимого багажа, которые могут привести к его гибели или порче (усушка, утреска, утечка, увеличение веса от подмочки, гниение, самовозгорание, взрыво- и огнеопасность);

б) загрязнения/порчи/недостачи багажа при целостности наружной упаковки;

в) износа, ржавчины, плесени, обесцвечивания и других естественных изменений свойств застрахованного имущества;

г) царапин, шелушения окраски, других нарушений внешнего вида имущества, не вызвавших нарушения его функций;

д) порчи имущества насекомыми и грызунами, если иное не предусмотрено прямо Договором страхования;

е) перевозки продуктов питания, красителей, химических веществ;

ж) нарушения Страхователем (Выгодоприобретателем) правил перевозки багажа или запрета перевозчика.

16.6. Срок действия договора страхования.

Договор страхования багажа действует исключительно в период времени нахождения багажа под

ответственностью перевозчика: с момента регистрации и приема багажа под свою ответственность перевозчиком до момента получения багажа Застрахованным.

16.7. Действия сторон при наступлении страхового случая.

16.7.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Застрахованный обязан в течение 24 часов с момента обнаружения факта повреждения, пропажи или полной гибели багажа сообщить должностным лицам авиаперевозчика (авиакомпании), морского перевозчика или иного перевозчика, под ответственностью которых находился зарегистрированный багаж.

16.7.2. Соответствующим образом оформить свои претензии к перевозчику и получить рапорт (коммерческий акт) о факте повреждения, пропажи или полной гибели багажа от должностных лиц перевозчика.

16.7.3. Выплата страхового возмещения осуществляется, если Застрахованный в установленном порядке сообщил о факте повреждения, пропажи или полной гибели багажа должностным лицам авиаперевозчика (авиакомпании), морского перевозчика или иного перевозчика, под ответственностью которых находился зарегистрированный багаж.

16.7.4. Для получения страхового возмещения Страховщику должны быть предоставлены следующие документы:

- а) оригинал Договора страхования/Полиса;
- б) документ, удостоверяющий личность;
- в) письменное заявление по форме Страховщика, в котором должны быть указаны характер, обстоятельства и дата страхового случая, вес и перечень утраченных или поврежденных вещей.
- г) оригиналы билета (посадочного талона) и багажных квитанций, подтверждающих дату, место принятия багажа к перевозке, а также вес багажа;
- д) оригинал или удостоверенную составителем копию документа, свидетельствующего о неисправности багажа (коммерческий Акт о неисправности багажа (property irregularity report), акты общей формы), или справку, выданную официальными правомочными органами,
 - свидетельствующие о пропаже, повреждении или задержке багажа;
- е) расходный кассовый ордер (иной документ), подтверждающий получение полагающегося возмещения от перевозчика и/или третьих лиц;

16.7.5. Страховщиком могут быть запрошены дополнительные документы:

16.7.5.1. документы, подтверждающие стоимость багажа непосредственно перед страховым случаем, а также подтверждающие стоимость ремонта поврежденного багажа;

16.7.5.2. поврежденное имущество в целях проведения осмотра и/или оценки;

16.7.5.3. годные остатки имущества, которое признано Страховщиком полностью погибшим.

16.7.5.4. документы, подтверждающие наличие у Выгодоприобретателя страхового интереса в отношении Багажа.

16.7.6. В любом случае Страховщику должны быть представлены все документы, имеющие отношение к страховому случаю и затребованные Страховщиком. Если документы составлены на иных чем русский, английский языках, к ним должен быть приложен перевод на русский язык, удостоверенный нотариусом. Расходы за перевод документов несет Застрахованный/Страхователь.

16.7.7. Страховщик вправе проводить проверку представленных документов, запрашивать сведения у организаций и других лиц, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая. Страхователь обязан давать письменные разъяснения на запросы Страховщика, связанные со страховым случаем.

16.7.8. После получения сообщения о страховом случае Страховщик обязан:

- а) изучить обстоятельства страхового случая;
- б) после получения всех документов и в случае признания события страховым случаем рассчитать размер страховой выплаты и составить страховой Акт (сообщить о непризнании события страховым случаем или об отказе в выплате) не позднее 21 (Двадцати одного) дня с момента получения всех необходимых документов в соответствии с настоящим Разделом правил. В случае принятия решения Страховщиком о проведении страхового расследования, срок исполнения обязанности по составлению Акта о страховом случае может быть разумно увеличен до момента окончания такого расследования (если по данному случаю правоохранительными органами проводится следствие – до принятия решения соответствующими органами);

в) произвести страховую выплату не позднее 5 (Пяти) рабочих дней с момента составления страхового Акта.

16.7.9. Общая сумма выплат не может превышать страховую сумму, установленную в Договоре страхования.

16.7.10. Если за утраченный или поврежденный багаж или его часть Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) получил возмещение от третьих лиц, Страховщик оплачивает разницу между действительной стоимостью застрахованного имущества/суммой ущерба (в случае повреждения багажа) и суммой, полученной от третьих лиц, но не больше страховой суммы, установленной в Договоре страхования. О получении таких сумм Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) обязан немедленно сообщить Страховщику.

16.7.11. Решение о непризнании события страховым случаем или об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю (Застрахованному/Выгодоприобретателю) в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа.

16.7.12. Непризнание Страховщиком события страховым случаем или отказ Страховщика произвести страховую выплату может быть обжалован Страхователем/Застрахованным/Выгодоприобретателем в порядке, установленном законодательством РФ.

16.7.13. Страховое возмещение выплачивается в российских рублях по курсу ЦБ РФ на дату выплаты страхового возмещения.

16.8. Порядок осуществления страховой выплаты.

16.8.1. При утрате (потере) багажа – выплата осуществляется в размере суммы эквивалентной 40 условным единицам в зависимости от валюты Договора страхования за каждый килограмм веса утраченного багажа, но не свыше страховой суммы, если иная сумма выплаты за каждый килограмм Багажа не предусмотрена прямо Договором страхования.

16.8.2. При задержке багажа – выплата в размере суммы эквивалентной 2 условным единицам в зависимости от валюты Договора страхования/Полиса за каждый килограмм задержанного багажа, если иная сумма выплаты за каждый килограмм багажа не предусмотрена Договором страхования.

16.8.3. При повреждении багажа – выплата в размере суммы эквивалентной 7 условным единицам в зависимости от валюты Договора страхования/Полиса за каждый килограмм поврежденного Багажа, но не более суммы ущерба, если иная сумма выплаты за каждый килограмм Багажа не предусмотрена прямо Договором страхования.

Раздел 4

17. СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ

17.1. Субъекты страхования

В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и настоящими Правилами Страховщик заключает Договоры добровольного страхования от несчастных случаев со Страхователями, которыми могут выступать:

17.1.1. дееспособные физические лица, индивидуальные предприниматели, заключающие Договоры страхования на случай причинения вреда их жизни, здоровью и трудоспособности или на случай причинения вреда жизни, здоровью и трудоспособности другого названного в Договоре лица или группы лиц (Застрахованные лица);

17.1.2. юридические лица любой организационно-правовой формы, заключающие Договоры страхования на случай причинения вреда жизни, здоровью, трудоспособности третьих лиц (Застрахованных лиц).

17.2. Договор страхования от несчастных случаев может быть заключен в отношении одного Застрахованного лица (индивидуальное страхование) или группы, коллектива Застрахованных лиц (коллективное страхование).

17.3. Для получения страховой выплаты в случае смерти Застрахованного лица в Договоре страхования может быть назначен Выгодоприобретатель - физическое или юридическое лицо.

17.4. Если иное не определено условиями Договора страхования, на страхование не принимаются лица:

- моложе 1 года и старше 85 лет;
- инвалиды I и II группы и инвалиды детства;
- носители ВИЧ или больные СПИД;
- употребляющие наркотики, токсические вещества с целью токсического опьянения, страдающие алкоголизмом;
- со стойкими нервными или психическими расстройствами, состоящие на учете по этому поводу в психоневрологическом диспансере;
- призванные для прохождения срочной военной службы, военных сборов и т.п.

Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику о Застрахованном лице заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в настоящем пункте, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным в отношении такого лица и применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 179 Гражданского кодекса РФ.

17.5. Объектом страхования являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с причинением вреда здоровью граждан, а также с их смертью в результате несчастного случая.

17.6. Страховыми случаями по риску «**Страхование от несчастного случая**» признаются события, явившиеся прямым следствием несчастного случая (несчастных случаев), произошедшего в период действия Договора страхования. Договор страхования может предусматривать страхование по одному или нескольким рискам из нижеследующего перечня:

17.6.1. смерть Застрахованного в результате несчастного случая;

17.6.2. физическая травма (увечье), приведшая к повреждениям, указанным в Таблице страховых выплат (Приложение к настоящим Правилам);

17.6.3. постоянная утрата трудоспособности (установление I, II, III группы инвалидности), а также установление застрахованному ребенку категории «ребенок-инвалид», в результате несчастного случая.

17.7. **Расходы, не возмещаемые страховщиком по риску «Страхование от несчастного случая».**

Не признаются страховыми случаями, события, указанные в пункте 17.6. настоящих Правил, произошедшие в результате:

17.7.1. совершения Застрахованным или Страхователем действий, в которых суд установил признаки умышленного преступления, обусловившего наступление страхового случая;

17.7.2. нахождения Застрахованного в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

17.7.3. применении лекарственных веществ без назначения врача, терапевтических или оперативных методов лечения, которые Застрахованный применяет по отношению к себе или поручает другому лицу;

17.7.4. душевной болезни или потери сознания, состояния невменяемости, апоплексического удара, эпилептического припадка или иных явлений судорог у Застрахованного, конвульсивных приступов;

17.7.5. управления Застрахованным лицом транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, или передачи управления лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, или лицу, не имеющему права на управление данным транспортным средством;

17.7.6. самоубийства или попытки самоубийства Застрахованного, за исключением случаев, когда Застрахованный был доведен до самоубийства преступными действиями третьих лиц.

17.7.7. умышленного причинения Застрахованным себе телесных повреждений.

17.8. Порядок осуществления страховой выплаты по риску «Страхование от несчастного случая».

17.8.1. При наступлении страхового случая Страховщик обязан произвести страховую выплату

Застрахованному лицу (его наследникам по закону) в соответствии с условиями Договора страхования/Полиса, независимо от сумм, причитающихся ему по государственному социальному страхованию и социальному обеспечению, Договорам страхования, заключенным с другими страховщиками, а также сумм по возмещению в соответствии с гражданским законодательством причиненного ему вреда третьими лицами.

17.8.2. Размер страховой выплаты составляет:

а) в случае смерти Застрахованного - 100% страховой суммы;

б) в случае физической травмы (увечья) выплате подлежит часть страховой суммы, в соответствии с Таблицей страховых выплат (Приложение к настоящим Правилам).

в) в случае постоянной утраты трудоспособности – процент от страховой суммы в зависимости от назначенной группы инвалидности: I - 100%, II - 75%, III - 50%. Применительно к страхованию детей применяется только понятие «инвалидности» без присвоения групп инвалидности, но с присвоением категории «ребенок-инвалид». Выплата по категории «ребенок-инвалид» составляет 100% страховой суммы.

17.8.3. Выплата страхового обеспечения производится:

а) в случае травмы (увечья), инвалидности, – Застрахованному лицу;

б) в случае смерти Застрахованного – Выгодоприобретателю, указанному в Полисе или наследникам Застрахованного по закону.

17.8.4. Для получения страхового обеспечения Страховщику должны быть предоставлены следующие оригиналы документы:

а) в связи с травмой (увечьем):

– Полис;

– письменное заявление Застрахованного на страховую выплату по установленной Страховщиком форме с подробным описанием обстоятельств, приведших к травме Застрахованного, с указанием способа получения страховой выплаты (через кассу Страховщика или путем перечисления на расчетный счет), а также с указанием полных банковских реквизитов в случае, если выбран способ получения страховой выплаты на расчетный счет;

– оригинал выписки (выписного эпикриза) из медицинской карты стационарного больного (с даты первичного обращения по заявленному событию) и/или копия медицинской карты стационарного больного, заверенная лечебным учреждением (с даты первичного обращения по заявленному событию). При амбулаторном лечении – оригинал выписки из медицинской карты амбулаторного больного (с даты первичного обращения по заявленному событию) и/или копия амбулаторной медицинской карты Застрахованного, заверенная лечебным учреждением (с даты первичного обращения по заявленному событию). Копия медицинской карты должна быть заверена должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭК (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью медицинского учреждения;

– оригинал документа (постановление о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела; справка о ДТП с приложениями по форме, утвержденной действующим законодательством/нормативными актами страны временного пребывания Застрахованного, решение судебного органа), выданного соответствующим органом, в пределах компетенции которого находится установление факта и обстоятельств соответствующего события, или копия документа, заверенного должностным лицом и печатью компетентного органа, страны временного пребывания;

– паспорт или документ, его заменяющий, удостоверяющего личность получателя страховой выплаты.

б) в случае смерти Застрахованного:

- Полис;
 - письменное заявление Выгодоприобретателя на страховую выплату по установленной Страховщиком форме с подробным описанием обстоятельств смерти Застрахованного и с указанием способа получения страховой выплаты (через кассу Страховщика или путём перечисления на расчетный счёт), а также с указанием полных банковских реквизитов в случае, если выбран способ получения страховой выплаты на расчетный счет;
 - оригинал свидетельства о смерти Застрахованного или его нотариально заверенная копия;
 - оригинал или нотариально заверенная копия справки о смерти, компетентного органа страны временного пребывания с указанием установленной причины смерти;
 - оригинал или нотариально заверенная копия медицинского свидетельства о смерти;
 - оригинал документа (постановление о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела; справка о ДТП с приложениями по форме, утвержденной действующим законодательством/нормативными актами страны временного пребывания Застрахованного, решение судебного органа), выданного соответствующим органом, в пределах компетенции которого находится установление факта и обстоятельств соответствующего события, или копия документа, заверенного должностным лицом и печатью компетентного органа, страны временного пребывания;
 - распоряжение Застрахованного о назначении получателя страховой выплаты в случае своей смерти или оригинал (нотариально заверенная копия) свидетельства о праве на наследство, выданного нотариусом;
 - паспорт или документ, его заменяющий, удостоверяющего личность получателя страховой выплаты.
 - в) в связи с постоянной утратой трудоспособности:
 - Полис;
 - медицинский документ (справка, выписка) лечебного учреждения, подтверждающего наступления несчастного случая в момент действия Полиса;
 - письменное заявление Застрахованного на страховую выплату по установленной Страховщиком форме с подробным описанием обстоятельств, повлекших за собой установление Застрахованному группы инвалидности и с указанием способа получения страховой выплаты (через кассу Страховщика или путём перечисления на расчетный счёт) а также с указанием полных банковских реквизитов в случае, если выбран способ получения страховой выплаты на расчетный счет;
 - нотариально заверенная копия справки бюро МСЭ об установлении группы инвалидности или категории «ребенок-инвалид»;
 - копия направления на медико-социальную экспертизу, заверенная руководителем бюро МСЭ и печатью бюро МСЭ;
 - копия медицинской карты (карт) Застрахованного за весь период наблюдения по поводу травмы/заболевания, приведшего к установлению инвалидности, заверенная лечебным учреждением. Копия медицинской карты должна быть заверена должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭК (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью медицинского учреждения; копии закрытых листков нетрудоспособности, заверенные сотрудником отдела кадров/управления персоналом либо уполномоченным лицом (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью отдела кадров/управления персоналом организации, в которой работает Застрахованный (для учащихся застрахованных заверенная руководителем образовательного учреждения и печатью образовательного учреждения копия справки формы 095/у или документа о временной нетрудоспособности учащегося, ее заменяющего);
 - оригинал документа (постановление о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела; справка о ДТП с приложениями по форме, утвержденной действующим законодательством/нормативными актами страны временного пребывания Застрахованного, решение судебного органа), выданного соответствующим органом, в пределах компетенции которого находится установление факта и обстоятельств соответствующего события, или копия документа, заверенного должностным лицом и печатью компетентного органа, страны временного пребывания;
 - паспорт или документ, его заменяющий, удостоверяющего личность получателя страховой выплаты (первый лист и лист с данными о месте прописки).
- 17.8.5. Перечень документов, которые могут быть запрошены Страховщиком дополнительно для установления факта и обстоятельств страхового случая:
- копия акта судебно-медицинской экспертизы с результатами судебно-химических, судебно-биологических, гистологических исследований, заверенная должностным лицом и печатью МВД или прокуратуры;
 - в случае отказа от вскрытия - копия заявления родственников об отказе от вскрытия и копия справки из патологоанатомического отделения, на основании которой выдается свидетельство о смерти.
 - документ, подтверждающий наличие/отсутствие алкоголя в крови на момент поступления/обращения в медицинское учреждение, в случае наличия алкоголя в крови – степени алкогольного опьянения (с указанием содержания алкоголя в крови), а также информацию о наркотическом или токсическом опьянении/Акт

(протокол) медицинского освидетельствования на состояние алкогольного опьянения;

– заверенная должностным лицом учреждения (организации), в которой проводилось исследование, и печатью учреждения (организации) копия акта патологоанатомического исследования;

– копия ПТС;

– копия водительского удостоверения;

– копия проездного билета;

– медицинский документ (справка, выписной эпикриз) из лечебного учреждения по месту постоянного проживания.

17.8.6. Страховая выплата производится в течение 15 (Пятнадцати) банковских дней с момента получения всех необходимых документов и составления Страховщиком страхового акта.

17.8.7. Выплата страхового обеспечения может быть произведена представителю Застрахованного или наследникам по доверенности, оформленной в установленном законом порядке.

17.8.8. После выплаты страхового обеспечения страховая сумма по Договору страхования уменьшается на сумму данной выплаты.

Раздел 5

18. СТРАХОВАНИЕ ГРАЖДАНСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

18.1. Страховым случаем по риску **«Страхование гражданской ответственности»** является риск возникновения ответственности за причинение вреда жизни, здоровью и/или имуществу третьих лиц – в результате неумышленных и непреднамеренных действий Застрахованного, повлекших обязанность Застрахованного в порядке, установленном законодательством, действующем на территории осуществления Поездки, возместить вред, причиненный третьим лицам (кроме риска возникновения гражданской ответственности владельцев средств наземного транспорта).

Случай является страховым, если факт причинения ущерба имуществу и/или вреда жизни, здоровью третьих лиц подтвержден вступившим в законную силу решением судебных органов или обоснованной имущественной претензией о возмещении причиненного вреда, признанной Застрахованным лицом с письменного согласия Страховщика.

18.2. Расходы, возмещаемые Страховщиком по риску «Страхование гражданской ответственности».

18.2.1. При наступлении в период поездки страхового случая по страхованию гражданской ответственности Застрахованного Страховщик возмещает:

18.2.1.1. прямой реальный имущественный вред, причиненный Застрахованным лицом третьему лицу, в результате повреждения (уничтожения), гибели имущества, принадлежащего третьему лицу на правах собственности (или на основе законного документально подтвержденного обязательственного правоотношения), в пределах действительной стоимости имущества или стоимости его восстановления (ремонта);

18.2.1.2. физический вред, причиненный третьему лицу, в пределах: а) размера расходов, необходимых на медицинское лечение;

б) размера части заработка, которого в случае смерти потерпевшего лица лишились лица, находящиеся у него на иждивении – в случае гибели пострадавшего;

в) размера понесенных расходов на погребение – в случае гибели пострадавшего по вине Застрахованного.

18.2.1.3. В любом случае размер возмещения по расходам, указанным в пп.18.2.1.1.- 18.2.1.2. при наступлении страхового случая, предусмотренного п. 18.1. настоящих Правил не может превышать лимита возмещения/страховой суммы/лимита ответственности Страховщика, установленной в Полисе по риску **«Страхование гражданской ответственности»**.

При этом обязанность Страховщика осуществить страховую выплату наступает только в случае непреднамеренного нанесения Застрахованным лицом вреда третьим лицам на оговоренной в Договоре страхования территории и в период (оговоренный в Договоре страхования) его пребывания за пределами постоянного места жительства.

18.3. Расходы, не возмещаемые Страховщиком по риску «Страхование гражданской ответственности».

18.3.1. При наступлении в период Поездки случаев, перечисленных в п. 18.2.1., Страховщик не возмещает расходы за причинение вреда жизни, здоровью и имуществу третьих лиц, если они произошли в связи с:

а) осуществлением профессиональной (трудовой) деятельности Застрахованного лица по трудовому или гражданско-правовому Договору;

б) нанесением морального вреда;

в) косвенными убытками, в том числе упущенной выгодой;

г) ответственностью, возникающей при использовании или эксплуатации Застрахованным лицом авто-, мото-, авиа-, водных и иных транспортных средств;

д) ответственностью любого рода, возникающей прямо или косвенно, либо частично, в результате загрязнения атмосферы, воды или почвы и иного загрязнения окружающей природной среды;

е) ущербом или вредом, причиненным в результате действия или бездействия Застрахованного;

ж) нахождением Застрахованного в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения или их последствий;

з) совершением Застрахованным умышленного действия или преступления;
и) любыми внутренними семейными отношениями Застрахованного по отношению к членам своей семьи;
к) повреждением или утратой имущества, принадлежащего Застрахованному по доверенности, или переданное ему на попечение или в управление, для проведения любой торговой, профессиональной или деловой деятельности.

18.4. Действия сторон при наступлении страхового случая. Порядок осуществления страховой выплаты по риску «Страхование гражданской ответственности».

18.4.1. Для выплаты страхового возмещения Страхователь предоставляет Страховщику следующие документы:

18.4.1.1. Заявление на выплату страхового возмещения по установленной Страховщиком форме;

18.4.1.2. оригинал Полиса;

18.4.1.3. решение судебного органа в отношении Страхователя/Застрахованного лица, либо Страховщика, установившее ответственность в возмещении третьим лицам, содержащее размеры сумм, подлежащих возмещению в связи с наступлением страхового случая.

18.4.2. Если в момент наступления страхового случая гражданская ответственность Страхователя/Застрахованного лица была застрахована также и в других страховых организациях, Страховщик выплачивает страховое возмещение лишь в размере, пропорциональном отношению лимита ответственности по заключенному им Договору страхования к общей сумме обязательств по всем заключенным Страхователем Договорам страхования указанной гражданской ответственности;

18.4.3. В тех случаях, когда причиненный вред компенсирован другими лицами, Страховщик выплачивает только разницу между суммой, подлежащей возмещению по Договору страхования, и суммой, компенсированной другими лицами.

18.4.4. Страховая выплата осуществляется Страховщиком в соответствии с Договором страхования на основании заявления Страхователя, либо Застрахованного.

18.4.5. Страховая выплата осуществляется в срок до 15 (Пятнадцати) банковских дней после предоставления Страхователем/Застрахованным лицом всех необходимых документов в соответствии с условиями Договора страхования и настоящих Правил, урегулирования всех вопросов о факте, причинах и размере ущерба, подтверждающих наступление страхового случая. Днём осуществления страховой выплаты считается день списания указанной суммы со счета Страховщика.

18.4.6. Выплата страхового возмещения производится Страховщиком пострадавшим третьим лицам, за исключением согласованных со Страховщиком случаев возмещения дополнительных расходов Страхователя/Застрахованного лица в связи со страховым случаем.

18.4.7. Если страховая сумма по соответствующему риску в Договоре страхования установлена в валютном эквиваленте, то применяется курс ЦБ РФ на день выплаты страхового обеспечения. Если курс ЦБ РФ на день выплаты страхового обеспечения выше курса ЦБ РФ на день заявления о страховом случае на 20% и более, то при расчете страхового обеспечения применяется курс ЦБ РФ на день заявления о страховом событии, увеличенный на 20%. В Договоре страхования может быть установлено иное ограничение на величину изменения курса валют.

Раздел 6

19. СТРАХОВАНИЕ НА СЛУЧАЙ ПОТЕРИ ИЛИ КРАЖИ ПАСПОРТА И/ИЛИ ПРОЕЗДНЫХ ДОКУМЕНТОВ

19.1. Страховым случаем по риску «**Страхование на случай потери или кражи паспорта и/или проездных документов**» является потеря или кража следующих документов, принадлежащих Застрахованному:

19.1.1. паспорт, утрата которого не позволяет Застрахованному лицу вернуться к месту постоянного проживания;

19.1.2. проездные документы.

19.2. **Расходы, покрываемые Страховщиком по риску «Страхование на случай потери или кражи паспорта и/или проездных документов».**

По страховым случаям, предусмотренным п. 19.1. настоящих Правил, Страховщик осуществляет страховые выплаты в размере расходов на замену (восстановление) утраченных документов, но в общей сложности не более страховой суммы, указанной в Полисе по этому риску. При этом расходы на восстановление паспорта возмещаются только при условии их несения на территории РФ. Условия не применяются к поездкам в пределах территории Российской Федерации.

19.3. **Расходы, не покрываемые Страховщиком по риску «Страхование на случай потери или кражи паспорта и/или проездных документов».**

При наступлении в период нахождения за пределами постоянного места жительства случаев, перечисленных в п. 19.1. настоящих Правил Страховщик не возмещает расходы по восстановлению документов, если:

19.3.1. имущество было оставлено Застрахованным без присмотра в общественном месте;

19.3.2. Застрахованный не сообщил полиции о факте кражи или утраты документов в течение 24 часов с

момента обнаружения утраты или кражи документов и не имеет полицейского протокола в качестве его подтверждения;

19.3.3. Застрахованный не сообщил представителю Посольства (консульства) своей страны о факте кражи или утраты документов в течение 24 часов с момента обнаружения утраты или кражи документов и не имеет протокол в качестве его подтверждения;

19.3.4. Застрахованный не хранил при себе паспорт и проездные документы, кроме случаев, когда они были заперты в сейфе.

19.4. Действия сторон при наступлении страхового случая по риску «Страхование на случай потери или кражи паспорта и/или проездных документов».

При наступлении страхового случая Застрахованному лицу необходимо подтвердить свои требования следующими документами:

19.4.1. Заявление о страховом случае по установленной Страховщиком форме;

19.4.2. оригинал Полиса;

19.4.3. полицейский протокол о потере паспорта/проездных документов;

19.4.4. подтверждение из Посольства (консульства) о потере паспорта;

19.4.5. счета за расходы на восстановление паспорта и проездных документов.

Раздел 7

20. СТРАХОВАНИЕ РАСХОДОВ, СВЯЗАННЫХ С ПОЛУЧЕНИЕМ НЕОБХОДИМОЙ ПРАВОВОЙ (ЮРИДИЧЕСКОЙ) ПОМОЩИ ВО ВРЕМЯ ПРЕБЫВАНИЯ ЗА ГРАНИЦЕЙ

20.1. Страховым случаем по риску «Страхование расходов, связанных с получением необходимой правовой (юридической) помощи во время пребывания за границей» является фактически произошедшее, внезапное, непредвиденное и непреднамеренное событие, в результате которого Застрахованному потребовалась срочная правовая (юридическая) помощь в результате его вовлечения в судебное или внесудебное (административное) разбирательство вследствие:

20.1.1. причинения вреда здоровью, имуществу, имущественным интересам Застрахованного лица третьими лицами;

20.1.2. причинения вреда жизни, здоровью или имуществу третьих лиц, повлекших возникновение гражданской ответственности Застрахованного.

20.2. В соответствии с настоящими Правилами, Страховщик не покрывает расходы, возникшие вследствие:

20.2.1. любого умышленного действия (бездействия) Застрахованного, за исключением необходимой обороны;

20.2.2. оскорбления Застрахованным третьего лица.

20.3. Расходы, возмещаемые Страховщиком по риску «Страхование расходов, связанных с получением необходимой правовой (юридической) помощи во время пребывания за границей».

20.3.1. Страховщик обязуется организовать предоставление правовой (юридической) помощи и осуществить выплату страхового возмещения следующих расходов:

20.3.1.1. расходы на консультации, советы, заключения по правовым (юридическим) вопросам, справки по законодательству страны временного пребывания. Консультации предоставляются по телефону, электронной почте, устно и письменно в офисе адвоката. Для получения консультаций выезд адвоката не осуществляется.

20.3.1.2. расходы на защиту по гражданским делам, делам об административных правонарушениях, уголовным делам в которых Застрахованный проходит в качестве истца/ответчика, подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего. Выезд адвоката и переводчика осуществляется в случаях, предусмотренных законодательством страны пребывания, либо по усмотрению представителя Страховщика – Сервисной компании.

20.3.1.3. расходов на защиту прав Застрахованных по конфликтным ситуациям, возникшим при пересечении Застрахованным Государственной границы и зоны таможенного контроля Российской Федерации и других стран. Выезд адвоката и переводчика осуществляется в случаях, предусмотренных законодательством страны пребывания, либо по усмотрению представителя Страховщика – Сервисной компании.

20.3.2. Страховщик покрывает расходы, указанные в п. 20.3. настоящих Правил, связанные с организацией и предоставлением правовой (юридической) помощи Застрахованному лицу через сервисную компанию или иных лиц/организаций, имеющих со Страховщиком Договорные отношения, в пределах страховой суммы, указанной в Договоре страхования.

20.3.3. Расходы, указанные в п. 20.3. настоящих Правил, оплачиваются Страховщиком непосредственно Сервисной компании или иным лицам/организациям, оказывающим Застрахованным правовую (юридическую) помощь, и имеющих со Страховщиком Договорные отношения.

20.3.4. Предусмотренные настоящими Правилами выплаты страхового возмещения не могут превышать страховую сумму, установленную в Договоре страхования.

20.3.5. За качество правовой (юридической помощи), предоставляемой Застрахованному лицу в рамках настоящих условий, несет ответственность непосредственно лицо, оказавшее Застрахованному лицу правовую (юридическую помощь) помощь.

20.4. Расходы, не возмещаемые Страховщиком по риску «Страхование расходов, связанных с получением необходимой правовой (юридической) помощи во время пребывания за границей».

20.4.1. Страховщик не покрывает расходы на предоставление правовой (юридической) помощи лицам, обвиняемых в терроризме.

20.4.2. Страховщик не покрывает расходы на предоставление правовой (юридической) помощи членам семьи Застрахованного лица (за исключением членов семьи Застрахованного, законным представителем которых Застрахованное является), его друзьям, товарищам, попутчикам, компаньонам и т.п.

20.4.3. Страховщик не покрывает расходы на предоставление правовой (юридической) помощи, не организованные Страховщиком или Сервисным центром и произведенные Застрахованным лицом самостоятельно.

20.4.4. Страховщик не покрывает расходы, связанные с ответственностью, возникающей при использовании или эксплуатации Застрахованным лицом авто-, мото-, авиа-, водных и иных транспортных средств;

20.4.5. Страховщик не покрывает расходы на предоставление правовой (юридической) помощи по вопросам, связанным с защитой потребительских прав Застрахованного лица.

20.4.6. Страховщик не покрывает судебные и внесудебные издержки Застрахованного лица, такие как оплата услуг нотариуса, уплата государственной пошлины и иных обязательных сборов, уплата штрафов, присужденных (наложенных уполномоченным органом) денежных взысканий.

20.5. Действия сторон при наступлении страхового случая. Порядок осуществления страховой выплаты по риску «Страхование расходов, связанных с получением необходимой правовой (юридической) помощи во время пребывания за границей».

20.5.1. При наступлении страхового случая, Застрахованному лицу необходимо незамедлительно, в течение не более 24 часов с момента предъявления обвинения, претензии и т.д., связаться по телефонному номеру, указанному в Полисе, с круглосуточным Сервисным центром - выполнять все указания координатора и точно следовать всем рекомендациям прибывших от представителя Страховщика лиц, оказывающих правовую (юридическую) помощь. В случае необходимости выдать этим лицам (лицу) доверенность.

20.5.2. В случае нарушения Страхователем (Застрахованным лицом) обязанностей, предусмотренных пунктом 20.5.1 Страховщик не покрывает расходы на предоставление правовой (юридической) помощи.

Раздел 8

21. СТРАХОВАНИЕ НА СЛУЧАЙ ЗАДЕРЖКИ РЕЙСА

21.1. Страховым случаем по риску «Страхование на случай задержки рейса» в соответствии с настоящим разделом является задержка авиа, ж/д, водного рейса, на который Застрахованный забронировал проезд, в конечном пункте отправления для выезда за границу или к месту постоянного проживания на срок более 6 часов в связи с:

а) забастовкой работников авиакомпании, аэропорта, ж/д, водного транспорта;

б) неблагоприятными погодными условиями;

в) механическими или техническими поломками авиатранспорта, ж/д транспорта, водного транспорта, на котором Застрахованный забронировал проезд.

21.2. Особые условия, которые должен соблюдать Застрахованный по риску «Страхование на случай задержки рейса».

21.2.1. Застрахованный должен зарегистрироваться на рейс в соответствии с предоставленным расписанием, в случае если он путешествует авиарейсом. При проезде ж/д, водными рейсами регистрация не требуется.

21.2.2. Застрахованный должен получить у перевозчиков (или их агентов) письменное подтверждение задержки с указанием ее длительности и причины.

21.2.3. Застрахованный должен соблюдать условия Договора с туристическим агентом, туроператором или поставщиком транспортных услуг.

21.3. Случаи и расходы, не покрываемые Страховщиком по риску «Страхование на случай задержки рейса».

21.3.1. Забастовка или связанная с управлением воздушным движением задержка, имеющие место или публично объявленные на момент вступления в силу Договора страхования или бронирования поездки Застрахованного (выбирается более раннее из двух событий).

21.3.2. Временное или окончательное снятие с эксплуатации воздушного, железнодорожного или водного транспортного средства в соответствии с рекомендациями авиационного, железнодорожного, портового управления или подобного органа какой-либо страны.

21.3.3. Любые требования, если Застрахованный не прошел регистрацию в международном конечном пункте отправления в рекомендованный срок или до него.

21.3.4. Любые требования, если Застрахованный не получил письменное подтверждение от соответствующей транспортной компании или уполномоченного органа с указанием причины и времени задержки.

21.4. Действия сторон при наступлении страхового случая по риску «Страхование на случай задержки рейса»

При наступлении страхового случая Застрахованному необходимо подтвердить свои требования

следующими документами:

- 21.4.1. Заявление о страховом случае по установленной Страховщиком форме;
- 21.4.2. документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица;
- 21.4.3. оригинал Полиса;
- 21.4.4. проездной документы (билет);
- 21.4.5. официальное письмо транспортной компании, подтверждающие факт задержки транспортного средства с указанием причины и продолжительности задержки;
- 21.4.6. официальное письмо транспортной компании, подтверждающее выплату компенсации расходов в связи с задержкой рейса или отказ от выплаты компенсации расходов;
- 21.4.7. Страховая выплата осуществляется в сумме 25 долларов США/евро (в зависимости от валюты Договора страхования) за каждый полный час задержки авиа, ж/д или водного рейса после первых 4 (Четырёх) часов, но не более страховой суммы, установленной Договором страхования. Если по факту задержки рейса Застрахованный получил возмещение от третьих лиц, Страховщик выплачивает разницу между суммой, подлежащей оплате по Договору страхования и суммой, полученной от третьих лиц.

Раздел 9

22. СТРАХОВАНИЕ НА СЛУЧАЙ НЕВЬЕЗДА ЗА ГРАНИЦУ

22.1. Страховыми случаями по риску «**Страхование на случай невыезда за границу**» признаются следующие события, произошедшие после вступления Договора страхования в силу, повлекшие возникновение материального ущерба и подтвержденные документами, выданными компетентными органами:

22.1.1. невозможность Застрахованного лица совершить предполагаемую поездку за границу вследствие внезапного расстройства здоровья (при условии госпитализации на дату начала поездки) или смерти Застрахованного;

22.1.2. невозможность Застрахованного лица совершить предполагаемую поездку за границу вследствие смерти, внезапного расстройства здоровья (при условии госпитализации на дату начала поездки) Родственника Застрахованного;

22.1.3. невозможность Застрахованного лица совершить предполагаемую поездку за границу по причине решения консульства об отказе в визе, принятом до начала поездки в отношении Застрахованного лица (при соблюдении сроков подачи в консульство документов на получение визы) хотя бы одной въездной визы (если для поездки требуются различные визы), при условии отсутствия ранее полученных отказов в визе в страну (страны) предполагаемой поездки или стран единой визовой зоны; Страховщик вправе отказать в заключении договора страхования по риску «Страхование на случай невыезда за границу» лицам, не являющимся гражданами РФ;

22.1.4. невозможность Застрахованного лица совершить предполагаемую поездку за границу вследствие обязательного участия Застрахованного в судебном разбирательстве, в котором он участвует на основании судебного акта, принятого после вступления Договора страхования в силу;

22.1.5. невозможность Застрахованного лица совершить предполагаемую поездку за границу вследствие его призыва на срочную военную службу или на военные сборы, при условии подтвержденного получения Застрахованным уведомления (повестки) в период действия Договора страхования;

22.1.6. невозможность Застрахованного лица совершить предполагаемую поездку за границу вследствие повреждения или гибели недвижимого имущества, принадлежащих самому Застрахованному, произошедшие вследствие:

а) пожара (под пожаром подразумевается возникновение огня, способного самостоятельно распространяться вне мест, специально предназначенных для его разведения и поддержания) возникшего в период действия Договора страхования;

б) повреждения водой из водопроводных, канализационных и отопительных систем, возникших в период действия Договора страхования;

в) причинение вреда имуществу Застрахованного лица третьими лицами при условии, что расследование причин возникновения и устранение последствий причиненных убытков производится в период действия Договора страхования.

При условии, что нанесенный ущерб является значительным (уничтожение более 50% имущества) или в случаях, когда для установления факта нанесения ущерба необходимо присутствие Застрахованного лица. В любом случае величина ущерба не менее чем сумма в российских рублях эквивалентная 10 000 (Десять тысяч) долларов США.

22.1.7. досрочное возвращение Застрахованного лица в страну постоянного проживания из-за границы по причине внезапного расстройства здоровья (при условии госпитализации после даты начала поездки) или смерти его Родственника.

22.2. Договор страхования, заключенный на основании настоящих Правил, может включать любой набор рисков, из перечисленных в п.п. 22.1.1- 22.1.7.

22.3. **Случаи и расходы, не покрываемые Страховщиком по риску «Страхование на случай невыезда за границу».**

Вышеназванные события не являются страховыми случаями, если они произошли при:

22.3.1. забастовках, в т. ч. консульских служб; военных действиях и их последствий, народных волнениях, восстаний, мятежей, массовых беспорядках, актами терроризма и их последствиями;

22.3.2. стихийных бедствиях и их последствиях, эпидемиях, карантине, метеоусловиях;

22.3.3. ядерных взрывах, радиации и радиоактивных или иного вида заражениях;

22.3.4. умышленных действиях Застрахованного, его близкого родственника, близкого родственника супруга (супруги) Застрахованного или заинтересованных третьих лиц, направленных на наступление страхового случая;

22.3.5. совершении Застрахованным лицом, его близким родственником, близким родственником супруга (супруги) Застрахованного противоправного действия, находящегося в прямой причинной связи с наступлением страхового случая;

22.3.6. самоубийстве (покушении на самоубийство) Застрахованного лица, его близкого родственника, близкого родственника супруга (супруги) Застрахованного;

22.3.7. ликвидации/банкротстве/финансовой несостоятельности Туроператора/Туристического агентства, гостиницы или отсутствия Туроператора/Туристического агентства, гостиницы по известному Страховщику адресу;

22.3.8. алкогольном, наркотическом или токсическом опьянении Застрахованного, его близкого родственника, близкого родственника супруга (супруги) Застрахованного;

22.3.9. невыполнении или ненадлежащем выполнении обязательств Туроператором;

22.3.10. беременности (в том числе и патологической), хронических, онкологических заболеваний, их обострений и осложнений у Застрахованного, его близкого родственника, близкого родственника супруга (супруги) Застрахованного, даже если лечение ранее не проводилось, и больной не знал о наличии данного заболевания;

22.3.11. психических заболеваниях, депрессиях, эпилепсии у Застрахованного, его близкого родственника, близкого родственника супруга (супруги) Застрахованного;

22.3.12. управлении транспортным средством лицом, не имеющим прав на управление транспортным средством данной категории, или лицом, находящимся в состоянии алкогольного, наркотического или иного опьянения, а также под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание, в болезненном и утомленном состоянии;

22.3.13. самолечении, назначении и проведении лечения членом семьи Застрахованного.

22.3.14. несоблюдении требований консульских служб, предъявляемых при оформлении виз для совершения зарубежной поездки;

22.3.15. подготовке документов для оформления въездной визы лицом, не являющимся туроператором по данному туру, в случае оформления Договора на туристское обслуживание.

22.3.16. неправильно оформленным паспортом (или иным документом, удостоверяющим личность), проездными документами, туристическим ваучером и иными документами Застрахованного.

22.3.17. повторном решении консульского учреждения об отказе во въездной визе вне зависимости от даты предыдущего отказа и/или аннулировании выданной ранее визы.

22.4. Страховщик не несет ответственности за ошибки, допущенные консульскими службами, транспортными компаниями, туристическими фирмами, непосредственно Застрахованным лицом и другими юридическими и физическими лицами, имеющими отношение к подготовке, организации и проведению поездки.

22.5. Расходы, покрываемые Страховщиком по риску «Страхование на случай невыезда за границу».

22.5.1. Страховщик возмещает следующие расходы, возникшие вследствие отмены поездки за границу Застрахованного лица на дату страхового случая, по причинам, указанным в п.п. 22.1.1-22.1.7 настоящих Правил (в пределах реально оплаченной стоимости услуг туроператору/юридическому лицу, оказывающему услуги по организации поездки), но в общей сложности не более страховой суммы/лимита ответственности Страховщика, установленной в Полисе по риску «Страхование на случай невыезда за границу»:

а) по компенсации убытков (расходов), связанных с аннулированием проездных документов;

б) по компенсации убытков (расходов), связанных с отказом от забронированного в гостинице номера, а также других туристских услуг, предоставленных Застрахованному;

в) по компенсации убытков (расходов), связанных аннулированием Договора страхования граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства (за исключением расходов, вызванных причиной, предусмотренной в п. 22.1.7 настоящих Правил).

22.5.2. Страховщик возмещает подтвержденные документами расходы при досрочном возвращении Застрахованного из поездки из-за границы, вызванном причиной, предусмотренной в п. 22.1.7, либо при осуществлении поездки более поздней датой, чем начало тура в связи с прохождением лечения в стационаре на дату начала поездки. При этом возмещаются расходы на:

22.5.2.1. приобретение проездных билетов экономического класса, в пределах не более 50 (Пятидесяти) процентов от страховой суммы, указанной в Договоре страхования. Расходы на приобретение проездных документов возмещаются только при условии, что первоначальный билет не подлежит замене. Страховщик

возмещает документально подтвержденные расходы, связанные с переоформлением проездных документов.

22.5.2.2. передачу Страховщику срочного разового сообщения (телефон, телефакс, телеграмма).

22.5.3. Стоимость проживания в гостинице за неиспользованную часть срока пребывания за границей.

22.5.4. Страховщик, возмещает расходы, указанные в п.п.22.1.1-22.1.2. настоящих Правил только в случае, если Страхователь (Застрахованный) произвел оформление запланированной поездки у юридического лица, индивидуального предпринимателя, оказывающего такие услуги.

22.5.5. Если страховая сумма в Договоре страхования, установлена в валютном эквиваленте, то для расчета размера выплаты страхового обеспечения применяется курс ЦБ РФ на дату страхового события.

22.6. Действия сторон при наступлении страхового случая по риску «Страхование на случай невыезда за границу».

22.6.1. При наступлении страхового случая Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно в письменном виде (по форме Страховщика) заявить Страховщику о его наступлении. В заявлении должны быть указаны характер и обстоятельства страхового случая.

22.6.2. **При заключении Договора на туристское обслуживание** к заявлению должны быть приложены следующие документы (при необходимости оригинал нотариально заверенного перевода оригиналов документов, составленных на ином, чем русский, языке. При этом Страховщик не возмещает расходы на перевод):

22.6.2.1. оригинал Договора по предоставлению туристических услуг Застрахованному со всеми приложениями, включая лист бронирования. Страницы Договора и приложений должны быть подписаны уполномоченным представителем туристической компании и заверены печатью.

22.6.2.2. оригиналы финансовых документов, подтверждающих оплату данного Договора;

22.6.2.3. оригинал Договора страхования, в случае невозможности предоставления его нотариально заверенную копию;

22.6.2.4. финансовое письмо туристического оператора с указанием удержанных штрафов в связи с аннуляцией тура. В письме должно быть отражено:

– ФИО участников тура, приобретавших пакет услуг в соответствии с листом бронирования и/или номером Договора в соответствии с п. 22.6.2.1;

– сумма денежных средств, полученная по заявке (лист бронирования) от туристического агента/туриста с указанием даты получения денежных средств - дата аннулирования туристических услуг у туроператора;

– калькуляция удержанных штрафов по каждой услуге по листу бронирования, сумма возврата со стороны туристического оператора с указанием даты и получателя;

– договор туроператора с туристским агентством.

22.6.2.5. копия заграничного паспорта (с обязательным предоставлением оригинала), в случае невозможности предоставления, его нотариально заверенную копию.

22.6.3. **При самостоятельном бронировании** к заявлению должны быть приложены следующие документы (при необходимости оригинал нотариально заверенного перевода оригиналов документов, составленных на ином, чем русский, языке. При этом Страховщик не возмещает расходы на перевод):

22.6.3.1. оригинал Договора страхования, в случае невозможности предоставления оригинала, его нотариально заверенную копию;

22.6.3.2. оригиналы документов транспортной компании (авиационные или железнодорожные билеты);

22.6.3.3. оригиналы финансовых документов (счета, выписки с банковского счета, платежные поручения), надлежащим образом заверенные в банке и подтверждающие оплату Застрахованным услуг, которыми Застрахованный воспользовался и/или должен был воспользоваться для организации поездки за границу, подтверждающие наличие убытков, связанных с аннулированием проездных документов, отказом от забронированного в гостинице номера. Финансовый документ должен содержать наименование и реквизиты получателя денежных средств с указанием даты их перевода;

22.6.3.4. оригинал подтверждения о бронировании Застрахованным лицом проживания;

22.6.3.5. копия загранпаспорта (с обязательным предоставлением оригинала), в случае невозможности предоставить оригинал его нотариально заверенную копию;

22.6.3.6. документы, подтверждающие возврат юридическим лицом непосредственно оказывающего услуги, части денежных средств Страхователю (Застрахованному лицу) согласно положениям аннуляции бронирования (расчет возврата);

22.6.3.7. официальное письмо на бланке юридического лица, непосредственно оказывающего услуги о сумме, подлежащей возврату в результате аннуляции услуг, которыми Застрахованный воспользовался и/или должен был воспользоваться для организации поездки за границу, подтверждающие наличие убытков, связанных с аннулированием проездных документов, отказом от забронированного в гостинице номера. Письмо должно содержать следующую информацию: реквизиты организации, ФИО Застрахованного, дату и суммы оплаты забронированных услуг, сумму, подлежащую возврату в связи с аннулированием бронирования с указанием даты произведенного возврата. Письмо должно иметь подпись официального лица.

22.6.4. В независимости от способа приобретения/организации туристических услуг Страхователь (Застрахованный) должен предоставить документы и сведения, необходимые для установления характера страхового случая, а именно:

– при невозможности совершения поездки вследствие смерти или болезни Застрахованного лица или его близкого родственника, требующей госпитализации на дату начала поездки – выписной эпикриз из медицинского учреждения (стационара), заверенный главным врачом и печатью учреждения, нотариально заверенная копия свидетельства о смерти, медицинское заключение о смерти, документы, подтверждающие родственную связь Застрахованного и близкого родственника;

– при невозможности совершения поездки в случае отказа в получении въездной визы - официальный отказ консульской службы/посольства и/или оригинал заграничного паспорта со штампом об отказе в выдаче визы;

– при невозможности совершения Застрахованным лицом поездки вследствие судебного разбирательства – заверенная судом повестка, с указанием даты ее вручения/получения Застрахованным лицом;

– при невозможности совершения поездки Застрахованным вследствие его призыва для прохождения срочной службы в рядах Вооруженных Сил РФ или на военные сборы – заверенная военкоматом повестка, с указанием даты вручения/получения Застрахованным;

– при невозможности совершения поездки вследствие повреждения или гибели имущества, принадлежащего Застрахованному лицу – протоколы/документы полиции, МЧС или иных компетентных органов, подтверждающих факт нанесения ущерба;

– вследствие досрочного возвращения Застрахованного лица из зарубежной поездки – выписной эпикриз из медицинского учреждения (стационара), заверенный главным врачом и печатью учреждения, нотариально заверенная копия свидетельства о смерти близких родственников Застрахованного лица, медицинское заключение о смерти, документы, подтверждающие родственную связь Застрахованного и близкого родственника.

22.6.5. Страховщик вправе направить официальный запрос туроператору/юридическому лицу, непосредственно оказывающему услуги для определения или подтверждения размера материального ущерба в отношении Застрахованного лица.

22.6.6. Страхователь (Застрахованный) обязан принять меры для своевременного аннулирования проездных документов (забронированного тура) и максимального снижения размера убытков, указанных в п. 22.5.1 настоящих Правил, для чего незамедлительно заявить в соответствующую организацию об отмене поездки или о переносе ее сроков. В случае невыполнения указанных требований Страховщик оставляет за собой право полностью или частично отказать в выплате страхового возмещения. Страховщик также имеет право в случае невыполнения указанных требований самостоятельно произвести расчет штрафных санкций в соответствии со штрафной сеткой туроператора, транспортной компании и т.д. на дату наступления события, послужившего причиной отмены запланированной поездки, и осуществить выплату страхового возмещения на основании указанного расчета.

22.6.7. Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно заявить Туроператору/юридическому лицу, непосредственно оказывающему услуги об отмене поездки или о переносе ее сроков для максимального снижения штрафных санкций, установленных за отмену поездки в Договоре по предоставлению туристических услуг или документах на бронирование.

22.6.8. Страхователь (Застрахованный) обязан давать письменные разъяснения на запросы Страховщика, связанные с наступлением страхового случая.

22.6.9. Страховое возмещение выплачивается Страховщиком в течение 30 (Тридцати) рабочих дней с момента предоставления всех документов, указанных в п.п. 22.6.2 - 22.6.4 настоящих Правил. Страховщик вправе проводить проверку всех представленных документов вплоть до проведения специалистами медицинского освидетельствования, организовывать проведение независимой экспертизы, а также запрашивать сведения у организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая. Медицинское освидетельствование Застрахованного проводится по требованию Страховщика врачом Страховщика. Застрахованное лицо освобождает обследующего врача от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком.

22.7. Случаи отказа в выплате страхового возмещения по риску «Страхование на случай невыезда за границу».

22.7.1. Страховщик имеет право полностью или частично отказать в страховой выплате, если Страхователь или Застрахованный:

22.7.1.1. сознательно не выполнил (нарушил) обязанности по Договору страхования;

22.7.1.2. не представил Страховщику документы, предусмотренные настоящими Правилами, и необходимые для принятия решения о выплате страхового возмещения, или представил документы, оформленные с нарушением общепринятых требований и/или требований, указанных в настоящих Правилах, а также подложные документы или документы, содержащие недостоверные сведения;

22.7.2. Страховщик отказывает в страховой выплате в части оплаты расходов, возмещение которых не предусмотрено Договором страхования, а также расходов, не подтвержденных документами, предусмотренными настоящими Правилами.

22.7.3. Страховщик отказывает в страховой выплате по событиям, не признаваемым страховыми случаями в соответствии с настоящими Правилами и условиями Договора страхования.

22.7.4. Страховщик отказывает в страховой выплате по событиям, произошедшим вне срока действия Договора страхования.

22.7.5. Страховщик отказывает в выплате по событию, указанному в п. 22.1.3. настоящих Правил Родственникам (в случае если ими получена виза), являющихся участниками одного тура/поездки, включая несовершеннолетних детей, в случае отказа в визе одному или нескольким Застрахованным лицам.

22.7.6. Если Страхователь при заключении Договора страхования или во время его действия сообщил заведомо ложные сведения, Страховщик вправе требовать признания Договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных Гражданским кодексом РФ.

22.7.7. Страховщик освобождается от возмещения убытков, возникших вследствие того, что Страхователь умышленно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможные убытки.

22.7.8. Страховщик отказывает в страховой выплате в случае, если страховой случай произошел с лицом, не являющимся Родственником Застрахованного.

22.7.9. Страховщик отказывает в страховой выплате в случае, если Застрахованный и/или его Родственник отказались от госпитализации.

22.7.10. Решение об отказе в выплате страхового возмещения сообщается Страхователю (Застрахованному) в письменной форме с обоснованием причин отказа в течение 10 (Десяти) рабочих дней с даты принятия такого решения.

23. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

23.1. Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) обязан по запросу Страховщика предоставить надлежащим образом заверенные документы и сведения, необходимые Страховщику для осуществления своих обязанностей в соответствии с Федеральным законом № 115-ФЗ от 07.08.2001 г. «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».

В случае внесения изменений в ранее представленные документы и сведения Страхователь в течение 10 (Десяти) календарных дней с даты внесения соответствующих изменений обязан письменно уведомить об этом Страховщика и представить ему надлежащим образом заверенные документы, подтверждающие внесение изменений.

23.2. Страховщик вправе приостановить денежные операции в рамках заключенного со Страхователем договора страхования или отказаться от их совершения в случаях и порядке, предусмотренных Федеральным законом № 115-ФЗ от 07.08.2001 г. «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».

Страховщик не несет гражданско-правовой ответственности при приостановлении денежных операций в рамках заключенного со Страхователем договора страхования или отказе от их совершения в случаях, предусмотренных Федеральным законом № 115-ФЗ от 07.08.2001 г. «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».

23.3. Страховщик имеет право в одностороннем порядке расторгнуть заключенный со Страхователем договор страхования в случаях и порядке, предусмотренных Федеральным законом № 115-ФЗ от 07.08.2001 г. «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».

Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление о расторжении договора страхования в одностороннем порядке. Договор страхования считается расторгнутым с даты получения Страхователем указанного уведомления, а в случае уклонения Страхователя от получения указанного уведомления — по истечении 10 (Десяти) дней с даты отправления письменного уведомления Страховщиком.

23.4. При исполнении своих обязательств Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не выплачивают, не предлагают выплатить и не разрешают выплату каких-либо денежных средств или ценностей, прямо или косвенно, любым лицам для оказания влияния на действия или решения этих лиц с целью получить какие-либо неправомерные преимущества или для достижения иных неправомерных целей.

23.5. При исполнении своих обязательств Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не осуществляют действия, квалифицируемые как дача/получение взятки, коммерческий подкуп, а также иные действия, нарушающие требования применимого законодательства и международных актов о противодействии коррупции.

23.6. В случае возникновения у любой Стороны подозрений, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений настоящего раздела, соответствующая Сторона обязуется уведомить об этом другую Сторону в письменной форме. В письменном уведомлении Сторона обязана сослаться на факты или предоставить материалы, достоверно подтверждающие или дающие основание предполагать, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений настоящего раздела другой Стороной, ее аффилированными лицами, работниками или посредниками.

23.7. Сторона, получившая уведомление о нарушении каких-либо положений настоящего раздела, обязана рассмотреть уведомление и сообщить другой Стороне об итогах его рассмотрения в течение 20 (Двадцати) рабочих дней с даты получения письменного уведомления.

23.8. Стороны гарантируют осуществление надлежащего разбирательства по фактам нарушения положений настоящего раздела с соблюдением принципов конфиденциальности и применение эффективных мер по предотвращению возможных конфликтных ситуаций. Стороны гарантируют отсутствие негативных последствий как для уведомившей Стороны в целом, так и для конкретных работников уведомившей Стороны, сообщивших о факте нарушений.

23.9. В случае подтверждения факта нарушения одной Стороной положений настоящего раздела и/или неполучения другой Стороной информации об итогах рассмотрения уведомления о нарушении в соответствии с настоящим разделом, другая Сторона имеет право расторгнуть договор страхования, заключенный в рамках настоящих Правил, в одностороннем внесудебном порядке путем направления письменного уведомления не позднее чем за 15 (Пятнадцать) календарных дней до предполагаемой даты прекращения действия Договора страхования.

24. СОГЛАСОВАНИЕ СПОСОБОВ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

24.1. Страховщик и Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) в договоре страхования, заявлении об урегулировании (о выплате страхового возмещения) могут согласовать способ взаимодействия для направления информации и документов в связи с исполнением обязательств по договору страхования.

24.2. Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) обязан обеспечить получение информации от Страховщика с использованием выбранных им способов взаимодействия и уведомить Страховщика в случае изменения контактов, выбранных для способов взаимодействия, в течение 3 (Трёх) рабочих дней.

Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) самостоятельно несет риск последствий неполучения информации от Страховщика в случае неуведомления об изменении контактов, выбранных для способов взаимодействия.

24.3. Страховщик информирует об изменении своей контактной информации на своем официальном сайте в сети Интернет.

**Базовые тарифные ставки по страхованию расходов граждан, выезжающих за границу
(брутто-тариф в % к страховой сумме)**

Страховой риск	Страховой тариф (за 1 день)
Страхование медицинских, медико-транспортных и иных расходов	0,0035
Страхование от несчастных случаев	0,0048
Страхование гражданской ответственности	0,0020
Страхование на случай потери или кражи паспорта и/или проездных документов	0,0406
Страхование расходов, связанных с получением необходимой правовой (юридической) помощи во время выезда за границу	0,0344

При страховании на срок поездки более одного дня тарифная ставка по Договору страхования определяется как произведение тарифной ставки на один день и количества дней страхования (периода действия страхового покрытия).

Страховой риск	Страховой тариф (за 1 поездку)
Страхование багажа	0,589
Страхование на случай задержки рейса	0,0982
Страхование на случай невыезда за границу	0,2462

При заключении конкретного Договора страхования Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам экспертно определяемые повышающие и понижающие коэффициенты в зависимости от следующих факторов риска:

- страна посещения (от 0,2 до 10,0);
- цель и продолжительность поездки (от 0,2 до 8,0);
- возраст застрахованных лиц (от 0,2 до 10,0);
- страхование с франшизой (в зависимости от её размеров) (от 0,75 до 0,99);
- расширение (по соглашению сторон) перечня исключений из страхования (от 0,70 до 0,99);
- сокращение перечня рисков, включаемых в Договор страхования (от 0,45 до 0,99);
- иные обстоятельства, которые Страховщик в результате оценки определяет как влияющие на страховой риск (от 0,2 до 5,0).

Пределы изменения поправочного коэффициента определены на основании экспертных оценок Страховщика, составленных с учетом многолетней практики применения системы повышающих (понижающих) коэффициентов российскими страховыми организациями.

Основанием для применения Страховщиком повышающих (понижающих) коэффициентов являются результаты проведенной Страховщиком оценки страхового риска, осуществляемой на основании информации и документов, представленных Страхователем перед заключением договора страхования, а также дополнительно запрошенные Страховщиком сведения.

При наличии факторов риска, увеличивающих вероятность наступления страхового случая, Страховщик применяет к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты, а при отсутствии факторов риска, увеличивающих наступление страхового случая или при незначительном их влиянии на наступление страхового случая, Страховщик применяет к базовому страховому тарифу понижающие коэффициенты.

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ТАБЛИЦЫ
размеров выплат страхового обеспечения при временной утрате трудоспособности
в результате несчастного случая

Параграф 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.

Параграф 2. В случае получения Застрахованным нескольких повреждений или увечий, перечисленных в разных статьях одного раздела, размер страховой выплаты по одной статье рассчитывается независимо от размера страховой выплаты по другим статьям.

Параграф 3. В случае получения Застрахованным повреждений или увечий (в том числе одной конечности) по нескольким пунктам, перечисленным в одной статье, страховая выплаты производится только по пункту, учитывающему наиболее тяжелое повреждение (больший процент выплаты). В случае проведения Застрахованному нескольких операций, обусловленных полученной травмой или увечьем, указанных в одной статье, выплата осуществляется за операцию, предусматривающую наибольший процент выплаты.

Параграф 4. В случае получения Застрахованным повреждений или увечий разных конечностей страховая выплата рассчитывается отдельно по каждой поврежденной конечности с соблюдением требований Параграфа 3.

Параграф 5. Если в связи с полученной травмой проводились оперативные вмешательства, страховая выплата производится однократно в соответствии таблицей и с соблюдением требований Параграфа 3.

Параграф 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.

Параграф 7. 1% поверхности тела исследуемого человека равен площади ладонной поверхности его кисти и пальцев. Эта площадь определяется в квадратных сантиметрах путем умножения длины кисти, измеряемой от лучезапястного сустава до верхушки ногтевой фаланги III-го пальца, на ее ширину, измеряемую на уровне головок II-V-х пястных костей (без учета I-го пальца).

Параграф 8. При переломах и вывихах (подвывихах) костей, разрывах сочленений (включая синдесмозы) обязательным условием применения соответствующих статей «Таблицы» является рентгенологическое подтверждение указанных повреждений.

Параграф 9. 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.

Параграф 10. 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.

Параграф 11. «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 т.ч. в медицинских документах.

Параграф 12. При определении размера страховой выплаты с учетом срока непрерывного лечения, когда это предусмотрено соответствующей статьей настоящей «Таблицы», учитывается только назначенное медицинским работником (имеющим на это право) лечение, длительность которого соответствует (по данным медицинской науки) характеру повреждения, полученного застрахованным лицом – с периодическим (не реже одного раза в 10 дней) контролем эффективности лечения (при назначении на прием или посещении медицинским работником).

Параграф 13. Если данной «Таблицей» предусмотрены отложенные страховые выплаты (при условии, что по истечении указанного в соответствующей статье времени у застрахованного будут отмечены определенные последствия повреждения), то они производятся в том случае, если время, указанное в конкретной статье, истекает

в период, на который, в соответствии с договором страхования, распространяется ответственность Страховщика.

Параграф 14. 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).

Страховая выплата, которая производится в связи с травмой органа, не должна превышать размера страховой выплаты, производимой при потере этого органа, а общая сумма выплат не должна превышать 100 %.

№	Характер повреждения	Размер страховой выплаты в % от страховой суммы
ЦЕНТРАЛЬНАЯ И ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА		
1.	Перелом костей черепа:	
а)	перелом наружной пластинки костей свода	5
б)	перелом свода	15
в)	перелом основания	20
г)	перелом свода и основания	25
	При открытых переломах выплачивается дополнительно 5%	
2.	Внутричерепное травматическое кровоизлияние:	
а)	субарахноидальное	5
б)	эпидуральная гематома	10
в)	субдуральная гематома	15
3.	Размозжение вещества головного мозга	50
4.	Ушиб головного мозга	10
5.	Неудаленные инородные тела полости черепа (за исключением шовного и пластического материала)	15
6.	Сотрясение головного мозга: при сроке стационарного лечения от 14 и более дней, диагностированное невропатологом и подтвержденное энцефалограммой	2
7.	Повреждение спинного мозга на любом уровне, а также «конского хвоста»:	
а)	частичный разрыв, сдавление, миелит.	60
б)	полный разрыв	100
8.	Периферическое повреждение черепно-мозговых нервов	10
9.	Повреждение шейного, плечевого, поясничного, крестцового сплетений и их нервов:	
	<i>Повреждение сплетений:</i>	
а)	частичный разрыв сплетений	40
б)	разрыв сплетений	70
	<i>Разрыв нервов:</i>	
г)	на уровне лучезапястного, голеностопного сустава	10
д)	на уровне предплечья, голени	20
е)	на уровне плеча, локтевого сустава, бедра, коленного сустава	40
ж)	Травматический неврит	5
ОРГАНЫ ЗРЕНИЯ		
10.	Паралич аккомодации одного глаза	15
11.	Гемианопсия одного глаза	15
12.	Сужение поля зрения одного глаза:	
а)	неконцентрическое	5
б)	Концентрическое	10
13.	Пульсирующий экзофтальм одного глаза	10
14.	Проникающее ранение глазного яблока, рубцовый трихиаз	10
15.	Нарушение функции слезопроводящих путей	5
16.	Ожоги II-III степени, непроникающие ранения глазного яблока, гемофтальм, смещение хрусталика, немагнитные инородные тела глазного яблока и глазницы, рубцы оболочек глазного яблока, не вызвавшие снижение зрения, эрозия роговицы	5
	Поверхностные инородные тела на оболочках глаза не дают оснований для выплаты	
17.	Повреждение глаза, повлекшее за собой полную потерю зрения одного глаза	35
18.	Повреждение глаза, повлекшее за собой полную потерю зрения единственного глаза, обладавшего любым зрением, или обоих глаз, обладавших любым зрением	100
19.	Удаление в результате травмы глазного яблока, не обладавшего зрением	10
20.	Перелом орбиты	10

ОРГАНЫ СЛУХА		
21.	Повреждение ушной раковины, повлекшее за собой:	
а)	рубцовую деформацию или отсутствие 1/3 ушной раковины	3
б)	отсутствие половины ушной раковины	5
в)	полное отсутствие ушной раковины	10
22.	Повреждение уха, повлекшее за собой потерю слуха:	
а)	на одно ухо	15
б)	полную глухоту (анакузия) (разговорная речь 0)	30
23.	Разрыв барабанной перепонки, наступивший в результате травмы, без снижения слуха	5
	Разрыв барабанной перепонки при переломах основания черепа не даёт основания для выплаты по этой статье.	
ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА		
24.	Перелом костей носа	3
25.	Повреждение легкого, вызвавшее: подкожную эмфизему, гемоторакс, пневмонию, экссудативный плеврит; инородное тело (тела) грудной полости:	
а)	с одной стороны	10
б)	с двух сторон	20
26.	Повреждение легкого, повлекшее за собой:	
а)	удаление сегмента или нескольких сегментов легкого	15
б)	удаление доли легкого	30
в)	удаление легкого	50
27.	Перелом грудины	5
28.	Переломы ребер:	
а)	Одного или двух ребер	2
б)	Трех и более	5
29.	Проникающее ранение грудной клетки, торакотомия по поводу травмы:	
а)	При отсутствии повреждения органов грудной полости	5
б)	При повреждении органов грудной полости	20
	Если по причине ранения грудной клетки удалено легкое или его часть, выплата производится в соответствии со ст. 26.	
30.	Повреждение гортани, трахеи, перелом подъязычной кости	15
31.	Повреждение гортани, трахеи, подъязычной кости, щитовидного хряща, повлекшие за собой ношение трахеостомической трубки	20
	Если предусмотрены выплаты по ст.31, ст.30 не применяется	
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА		
32.	Повреждение сердца, эндо-, мио- и эпикарда и крупных магистральных сосудов повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность.	35
33.	Повреждение сердца, эндо-, мио- и эпикарда и крупных магистральных сосудов, не повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность	5
34.	Повреждение крупных периферических сосудов, повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность	25
	Если предусмотрены выплаты по ст.32 и 34., ст.33 не применяется	
ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ		
35.	Переломы челюстей:	
а)	Верхней челюсти, скуловых костей	5
б)	Нижней челюсти	5
	Если при переломе альвеолярного отростка имеется потеря зубов, то за его перелом страховая сумма не выплачивается	
36.	Повреждение челюсти, повлекшее за собой:	
а)	отсутствие части челюсти (за исключением альвеолярного отростка)	40
б)	отсутствие челюсти	60
	Учтена и потеря зубов независимо от их количества	
37.	Повреждение языка, повлекшее за собой:	
а)	отсутствие языка на уровне дистальной трети	15
б)	на уровне средней трети	30

в)	на уровне корня, полное отсутствие	50
38.	Потеря зубов:	
а)	4 – 6 зубов	7
б)	7 – 9 зубов	10
в)	10 и более	15
39.	Повреждение пищевода, вызвавшее:	
а)	сужение пищевода	30
б)	непроходимость пищевода (не ранее, чем через 6 месяцев со дня травмы)	80
	Если предварительно выплата была произведена по ст. 39а, размер выплаты по ст. 39б уменьшается на сумму ранее осуществленной выплаты.	
40.	Повреждение органов пищеварения, повлекшее за собой:	
а)	рубцовое сужение желудка, кишечника, заднепроходного отверстия	15
б)	спаечную болезнь	25
в)	кишечный свищ, кишечно-влагалищный свищ, свищ поджелудочной железы	40
г)	наложение колостомы	50
41.	Повреждение печени в результате травмы, повлекшее за собой:	
а)	подкапсульный разрыв печени, потребовавший оперативного вмешательства	20
б)	удаление желчного пузыря	15
42.	Удаление более половины печени в результате травмы	30
43.	Повреждение селезенки, повлекшее за собой:	
а)	подкапсульный разрыв селезенки, не потребовавший оперативного вмешательства	10
б)	удаление селезенки	20
44.	Повреждения желудка, поджелудочной железы, кишечника, брыжейки, повлекшие за собой:	
а)	удаление части до 1/3 желудка, 1/3 кишечника	15
б)	удаление части 1/2 желудка, 1/3 хвоста поджелудочной железы, 1/2 кишечника	25
в)	удаление части 2/3 желудка, 2/3 кишечника, 2/3 тела поджелудочной железы	40
г)	удаление желудка, 2/3 поджелудочной железы, кишечника	50
д)	удаление желудка с кишечником и частью поджелудочной железы	90
МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА		
45.	Повреждение почки, повлекшее за собой:	
а)	ушиб почки	5
б)	удаление части почки	20
в)	удаление почки	50
46.	Повреждение органов мочевыделительной системы, повлекшее за собой:	
а)	терминальную стадию острой почечной недостаточности	50
б)	непроходимость мочеточника, мочеиспускательного канала, мочеполовые свищи	40
	Если в результате травмы наступит нарушение функции нескольких органов мочевыделительной системы, процент страховой суммы определяется по одному из подпунктов ст.46., учитывающему наиболее тяжелые последствия, повреждения	
47.	Повреждение органов мочевыделительной системы, в связи с которым произведено оперативное вмешательство:	
а)	при повреждении органов	15
	Если удалена почка или часть почки, ст. 47 не применяется. Выплаты производятся по ст.45.	
48.	Повреждение половой системы, повлекшее за собой:	
	<i>У женщин:</i>	
а)	потерю одного яичника, яичника и одной маточной трубы, яичника и двух маточных труб	15
б)	потерю двух яичников (единственного яичника)	25
в)	потерю матки с трубами в возрасте:	
	до 40 лет	50
	от 41 до 50 лет	30
	от 51 лет и старше	15
г)	потерю одной молочной железы	15
д)	потерю двух молочных желез	30
	<i>У мужчин:</i>	
е)	потерю двух яичек, части полового члена	30
ж)	потерю полового члена	40

з)	потерю полового члена и одного или двух яичек	50
МЯГКИЕ ТКАНИ		
49.	Размеры страховой выплаты при ожогах II - IV степени, за исключением ожогов, возникших в результате воздействия ультрафиолетового (солнечного) излучения, приведены в последнем разделе настоящей Таблицы. Повреждения (кроме ожогов) мягких тканей волосистой части головы, туловища, конечностей с образованием рубцовой деформации:	
а)	1% - 2% поверхности тела	2
б)	3% - 5% поверхности тела	5
в)	6% - 9% поверхности тела	10
г)	10% -20% поверхности тела	20
д)	21%-30% поверхности тела	30
е)	31% и более	60
50.	Повреждения мягких тканей лица, передне-боковой поверхности шеи, подчелюстной области, ушных раковин, повлекшие за собой:	
а)	образование рубцов площадью от 5 см ² и более или общей длиной 5 см и более	10
б)	образование рубцов площадью от 10 см ² и более или общей длиной 15 см и более	20
	Если была произведена выплата по ст.49, выплата по ст.50 осуществляется за вычетом ранее произведенной по ст.49 выплата. При открытых переломах костей и операциях выплата за рубцы не производится	
	<i>*Примечания:</i> 1. К косметически заметным, подлежащим оценке по ст.49 и ст.50, относятся рубцы, отличающиеся по окраске от окружающей кожи, втянутые или выступающие над ее поверхностью, стягивающие ткани. 2. Площадь рубцов определяется после проведения лечения, на момент истечения 3 месяцев после травмы. Площадь ожогов определяется по состоянию на момент истечения 10 дней после травмы. 3. Если косметическое нарушение наступило в результате переломов костей лицевого черепа или оперативных вмешательств на костях лицевого черепа, вызванных травмой, то выплата производится с учетом и перелома, и послеоперационного рубца путем суммирования. В остальных случаях выплата за послеоперационный рубец или рубец, образовавшийся в результате открытого перелома, не производится. При определении площади рубцов следует учитывать и рубцы, образовавшиеся на месте взятия для замещения пораженного участка кожи кожного трансплантата. 4. 1% поверхности тела исследуемого равен площади ладонной поверхности его кисти и пальцев. Эта площадь определяется в квадратных сантиметрах путем умножения длины кисти, измеряемой от лучезапястного сустава до вершины ногтевой фаланги III пальца на ее ширину, измеряемую на уровне головок II -V пястных костей (без учета I пальца).	
51	Ожоговая болезнь, ожоговый шок	15
52.	Закрытое повреждение мягких тканей, повлекшее за собой возникновение мышечной грыжи, посттравматического периостита, перихондрита, полного и частичного разрыва связок и сухожилий	10
ПОЗВОНОЧНИК		
53.	Перелом тел позвонков:	
а)	одного-двух	15
б)	трех и более	20
54.	Полный разрыв межпозвоночных связок, подвывих позвонков	10
	При рецидивах подвывиха позвонка страховая сумма не выплачивается	
55.	Перелом поперечных или остистых отростков:	
а)	одного-двух	5
б)	трех и более	10
	Если предусмотрены выплаты по ст.53., ст.55. не применяется	
56.	Перелом крестца, копчика, вывих копчиковых позвонков	10
57.	Удаление копчика в связи с травмой	15
ВЕРХНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ		
ЛОПАТКА, КЛЮЧИЦА		
58.	Перелом лопатки, ключицы, полный или частичный разрыв акромиально-ключичного, грудинно-ключичного сочленений:	
а)	перелом одной кости или разрыв одного сочленения	5
б)	перелом двух костей, разрыв двух сочленений или перелом, вывих одной кости и разрыв одного сочленения	10
в)	несросшийся перелом (ложный сустав), разрыв двух сочленений и перелом одной	15

	кости, перелом двух костей и разрыв одного сочленения	
ПЛЕЧЕВОЙ СУСТАВ		
59.	Повреждение плечевого сустава (суставной впадины, головки плечевой кости, анатомической шейки, бугорков, связок, суставной сумки, вывих плеча, растяжение связок):	
а)	перелом одной кости, вывих плеча, полный и частичный разрыв сухожилий, капсулы суставной сумки, повреждение (растяжение) связок (при сроках лечения более 16 дней)	5
б)	перелом двух костей, переломо-вывих	10
в)	перелом плеча, полный и частичный разрыв сухожилий, несросшийся перелом	20
60.	Повреждение плечевого сустава, повлекшее за собой:	
а)	отсутствие движений в суставе (анкилоз). Выплата производится не ранее чем через 3 месяца со дня травмы при подтверждении первоначального диагноза	30
б)	"болтающийся" плечевой сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей	40
Если по причине повреждений, перечисленных в пунктах 58, 59 и 60 проводились хирургические вмешательства, дополнительной выплате подлежит 10% страховой суммы. При этом дополнительная выплата за взятие трансплантата не производится.		
ПЛЕЧО		
61.	Перелом плеча на любом уровне (кроме суставов):	
а)	без смещения	10
б)	со смещением	15
62.	Травматическая ампутация плеча на любом уровне или его серьезное повреждение с необходимостью ампутации на уровне:	
а)	верхней конечности с лопаткой, ключицей или их частью	70
б)	плеча выше локтя	65
в)	плеча на уровне локтя	60
63.	Перелом плеча, осложнённый образованием ложного сустава	35
Выплата по пункту 63 производится не ранее 9 месяцев со дня травмы при условии подтверждения диагноза. Если была произведена выплата в связи с травмой плеча, дальнейшие выплаты производятся за её вычетом, после постановки окончательного диагноза.		
ЛОКТЕВОЙ СУСТАВ		
64.	Повреждение области локтевого сустава (перелом костей, формирующих сустав, полный или частичный разрыв связок, капсулы суставной сумки, вывих предплечья, растяжение связок)	
а)	перелом одной кости без смещения отломков, вывих, повреждение связок - полный или частичный разрыв, растяжение (при сроках лечения более 16 дней)	10
б)	перелом двух костей без смещения отломков	15
в)	перелом костей со смещением отломков	20
65.	Повреждение области локтевого сустава, повлекшее за собой:	
а)	отсутствие движений в суставе	30
б)	"болтающийся" локтевой сустав (в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей)	40
ПРЕДПЛЕЧЬЕ		
66.	Перелом костей предплечья:	
а)	одной кости	5
б)	двух костей	10
67.	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации предплечья на любом уровне	60
ЛУЧЕЗАПЯСТНЫЙ СУСТАВ		
68.	Перелом костей предплечья в области дистального метафиза, межсуставный перелом костей, составляющих лучезапястный сустав, полный или частичный разрыв связок:	
а)	перелом костей	3
б)	полный или частичный разрыв связок	2
69.	Травматический анкилоз лучезапястного сустава	10
КОСТИ КИСТИ		
70.	Перелом или вывих костей:	
а)	одной кости (за исключением ладьевидной)	5
б)	двух и более костей (за исключением ладьевидной), ладьевидной кости	10
71.	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение руки, приведшее к ее	50

	ампутации на уровне пястных костей запястья или лучезапястного сустава	
ПАЛЬЦЫ КИСТИ, ПЕРВЫЙ ПАЛЕЦ (БОЛЬШОЙ ПАЛЕЦ)		
72.	Перелом, вывих, повреждение сухожилий (сухожилия) пальца (полное или частичное), разрыв капсулы суставов.	5
73.	Повреждение пальца, повлекшее за собой отсутствие движений:	
а)	в одном суставе	3
б)	в двух суставах	5
74.	Потеря первого пальца	15
ВТОРОЙ, ТРЕТИЙ, ЧЕТВЕРТЫЙ, ПЯТЫЙ ПАЛЬЦЫ		
75.	Перелом, вывих, повреждение сухожилий (сухожилия) пальца	3
76.	Потеря второго пальца	8
77.	Потеря третьего, четвёртого, пятого пальца за каждый палец	5
78.	Травматическая ампутация или повреждение, приведшее к ампутации всех пальцев руки	40
НИЖНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ		
ТАЗ		
79.	Перелом костей таза:	
а)	перелом крыла	10
б)	перелом лонной, седалищной кости, тела подвздошной кости, вертлужной впадины	15
80.	Разрыв лонного, крестцово-подвздошного сочленения:	
а)	одного сочленения	10
б)	двух и более сочленений	15
81.	Перелом головки, шейки бедра вывих бедра, полный или частичный разрыв связок, растяжение связок:	
а)	перелом головки, шейки, вывих бедра	10
б)	полный и частичный разрыв связок	5
82.	Повреждение тазобедренного сустава, повлекшее за собой:	
а)	отсутствие движений (анкилоз)	25
б)	"болтающийся" сустав (в результате резекции головки бедра, вертлужной впадины)	40
БЕДРО		
83.	Перелом бедра на любом уровне (за исключением области суставов):	
а)	без смещения отломков	15
б)	со смещением отломков	20
84.	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации конечности на уровне/приведшее к:	
а)	выше середины бедра	70
б)	ниже середины бедра	60
в)	потере единственной конечности	100
85.	Перелом бедра, осложнившийся образованием ложного сустава (несросшийся перелом). Выплата не ранее 6 месяцев со дня травмы при условии подтверждения диагноза. Если производилась выплата в связи с переломом бедра, дальнейшие выплаты производятся за её вычетом, после постановки окончательного диагноза.	50
КОЛЕННЫЙ СУСТАВ		
86.	Повреждение области коленного сустава, повлекшее за собой:	
а)	гемартроз; повреждение мениска (менисков), полный или частичный разрыв связок при сроках лечения более 16 дней	5
б)	перелом коленной чашечки	10
в)	перелом костей, составляющих коленный сустав (дистальный эпифиз бедра и проксимальный эпифиз большеберцовой кости), вывих голени.	25
В случае множественных повреждений коленного сустава, выплата производится только по одному из подпунктов статьи 86, предусматривающему наиболее серьёзное повреждение		
87.	Повреждение коленного сустава, повлекшее за собой:	
а)	отсутствие движений в суставе (анкилоз)	20
б)	"болтающийся" коленный сустав (в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей)	30
ГОЛЕНЬ		

88.	Перелом костей голени (за исключением области суставов):	
а)	малоберцовой кости	10
б)	большеберцовой кости	15
в)	обеих костей	20
89.	Травматическая ампутация ноги ниже середины голени	45
ГОЛЕНОСТОПНЫЙ СУСТАВ		
90.	Повреждение области голеностопного сустава:	
а)	повреждение (полный или частичный разрыв, растяжение) связок (при сроках лечения более 16 дней)	2
б)	перелом лодыжки или края большеберцовой кости	5
в)	перелом обеих лодыжек (костей голени), перелом лодыжки с краем большеберцовой кости, разрыв дистального межберцового синдесмоза	15
г)	перелом одной или двух лодыжек с краем большеберцовой кости и разрыв дистального межберцового синдесмоза в сочетании с подвывихом (вывихом) стопы	20
91.	Повреждение голеностопного сустава, повлекшее за собой:	
а)	отсутствие движений в суставе (анкилоз)	20
б)	"болтающийся" голеностопный сустав (в результате резекции) суставных поверхностей составляющих его костей	30
92.	Полный разрыв ахиллова сухожилия:	2
СТОПА, ПАЛЬЦЫ НОГ		
93.	Перелом или вывих костей, повреждение связок:	
а)	перелом одной-двух костей, повреждение разрыв связок (при сроках лечения более 16 дней)	5
б)	перелом трех и более костей, пяточной кости	15
94.	Переломы, вывихи фаланги (фаланг), повреждение сухожилия (сухожилий) пальца (пальцев) одной стопы:	
а)	перелом или вывих одной или нескольких фаланг, повреждение сухожилий (полный или частичный разрыв) одного или двух пальцев	2
95.	Травматическая ампутация или повреждение, приведшее к ампутации пальцев ног:	
а)	большого пальца	5
б)	второго, третьего, четвертого, пятого пальцев	3
96.	Повреждение, повлекшее развитие посттравматического тромбоза, лимфостаза, остеомиелита, нарушение трофики. Ст.96 применяется при тромбозе, лимфостазе и нарушениях трофики, вызванных травмой опорно-двигательного аппарата (за исключением повреждения крупных периферических сосудов и нервов), через 6 месяцев со дня травмы, при подтверждении диагноза. Гнойные воспаления пальцев стоп не дают оснований для применения ст.96.	5
97.	Травматический шок или шок, развившийся вследствие острой кровопотери, связанной с травмой (геморрагический шок)	5
98.	Паралич, возникший в результате травмы, полученной в период страхования и указанной в настоящей Таблице размеров страхового обеспечения в % от страховой суммы в связи со страховыми событиями "телесные повреждения в результате несчастного случая" и существующий постоянно не менее 6 месяцев после травмы:	
а)	Моноплегия	30
б)	Параплегия	80
в)	Тетраплегия	100
	Выплаты по ст.98 производятся по истечении 6 месяцев постоянного существования параличей за вычетом ранее произведенных выплат по травмам, предшествовавшим к возникновению осложнений, указанных в ст.98.	
99.	Парезы, возникшие в результате травм, полученных в период действия договора страхования и указанных в настоящей Таблице размеров страхового обеспечения в % от страховой суммы в связи со страховыми событиями «телесные повреждения в результате несчастного случая» и существующие постоянно не менее 3 месяцев, но не более 6 месяцев после травмы:	
а)	Монопарез	10
б)	Парапарез	25
в)	Тетрапарез	35

Если выплаты были произведены по ст.99, а затем возникли осложнения, перечисленные в ст.98, страховое обеспечение выплачивается в соответствии с одним из подпунктов ст.98 за вычетом ранее произведенной выплаты по ст.99.

Всего прошито, пронумеровано и
скреплено печатью

45 (сорок пять) листа (ов)

Должность: Генеральный директор

Подпись Баранов В.Б. / Баранов В.Б./

« 25 » 09 20 25 г. м.п.

