

УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом Генерального директора
САО «РЕСО-Гарантия»
Раковщика Д.Г.
№ 62 от 09 марта 2023 года
(действуют с 01 апреля 2023 года)

ПРАВИЛА
СТРАХОВАНИЯ РАСХОДОВ ГРАЖДАН, ВЫЕЗЖАЮЩИХ
ЗА ПРЕДЕЛЫ ПОСТОЯННОГО МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА

РАЗДЕЛ 1

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ
3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ
4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ. РАСХОДЫ, ПОКРЫВАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ
5. СТРАХОВАЯ СУММА. ФРАНШИЗА
6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СТРАХОВОЙ ТАРИФ
7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЕГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ
8. ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
9. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН
11. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ О ДЕЙСТВИЯХ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ
12. ОБЩИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ. ОСНОВАНИЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ
13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

РАЗДЕЛ 2

14. СТРАХОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ, МЕДИКО-ТРАНСПОРТНЫХ И ИНЫХ РАСХОДОВ

РАЗДЕЛ 3

15. СТРАХОВАНИЕ БАГАЖА

РАЗДЕЛ 4

16. СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ

РАЗДЕЛ 5

17. СТРАХОВАНИЕ ГРАЖДАНСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

РАЗДЕЛ 6

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

РАЗДЕЛ 7

19. СТРАХОВАНИЕ РАСХОДОВ, СВЯЗАННЫХ С ПОЛУЧЕНИЕМ НЕОБХОДИМОЙ ПРАВОВОЙ (ЮРИДИЧЕСКОЙ) ПОМОЩИ ВО ВРЕМЯ ПРЕБЫВАНИЯ ЗА ПРЕДЕЛАМИ ПОСТОЯННОГО МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА

РАЗДЕЛ 8

20. СТРАХОВАНИЕ НА СЛУЧАЙ ЗАДЕРЖКИ И/ИЛИ ОТМЕНЫ РЕЙСА

1. РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила страхования расходов граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства (далее по тексту – Правила) составлены в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

1.2. На основании настоящих Правил САО «РЕСО-Гарантия» заключает Договоры страхования расходов граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства. Правила страхования являются неотъемлемой частью Договоров страхования.

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

1.4. Письма и уведомления, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Выгодоприобретателя) в соответствии с настоящими Правилами страхования, считаются направленными надлежащим образом при соблюдении одного из следующих условий:

1) уведомление в письменном виде передано Страхователю (Выгодоприобретателю) на руки или направлено почтовым отправлением по адресу, указанному в Договоре страхования или ином документе с контактными данными, поданном Страхователем (Выгодоприобретателем);

2) уведомление направлено в виде электронного письма на адрес электронной почты, указанный в Договоре страхования или ином документе с контактными данными, поданном Страхователем (Выгодоприобретателем);

3) уведомление направлено в виде СМС-сообщения по номеру телефона, указанному в Договоре страхования или ином документе с контактными данными, поданном Страхователем (Выгодоприобретателем) или в виде электронного сообщения Страхователю с использованием мобильного приложения;

4) уведомление размещено в личном кабинете Страхователя на сайте Страховщика, о чем Страхователь проинформирован по электронной почте, путем направления СМС-сообщения или электронного сообщения с использованием мобильного приложения.

В случае изменения адресов, номеров телефонов и (или) реквизитов Страхователь (Выгодоприобретатель) обязуется в срок не позднее 3 (трех) рабочих дней с момента такого изменения известить об этом Страховщика. Если Страховщик не был извещен об изменении адреса и (или) реквизитов другой стороны в указанный срок, то все уведомления и извещения, направленные Страхователю (Выгодоприобретателю) по прежнему известному адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ

2.1. **Страховщик** – Страховое Акционерное Общество «РЕСО-Гарантия» (САО «РЕСО-Гарантия») – 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.

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

2.4. **Сервисная компания (Ассистанс)** – российская или зарубежная компания, имеющая Договор со Страховщиком, в соответствии с которым она организует круглосуточно, семь дней в неделю медицинские и иные услуги Застрахованным Страховщика, во время их пребывания за пределами постоянного места жительства, предусмотренные настоящими Правилами.

2.5. **Сервисный центр** – круглосуточный центр Сервисной компании либо Страховщика, телефон которого указан в 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, на основании настоящих Правил (далее по тексту также – Договор страхования, Полис, страховой полис).

2.9. **Страховые документы** – Полис, Условия страхования, Правила, Памятка, сервисная карточка и другие документы, выдаваемые Застрахованному.

2.10. **Неотложное медицинское состояние** – состояние, требующее оказания экстренной медицинской помощи, при отсутствии которой может наступить смерть или утрата трудоспособности Застрахованного.

2.11. **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,
- требует реабилитационного лечения,
- требует поддерживающего медикаментозного лечения,
- может повлечь частичную (остаточную) нетрудоспособность,
- может потребовать длительного периода наблюдения, курации врачом, обследования, ухода.

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

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

2.14. **За пределами постоянного места жительства** – пребывание Застрахованного за границей либо выезд или пребывание Застрахованного за пределами региона постоянного проживания.

2.15. **Багаж** – личные вещи Страхователя (Застрахованного), перевозимые им в ходе поездки за пределы постоянного места жительства, как сданные в багаж транспортной организации, так и зарегистрированные на паспортном и таможенном контроле при вывозе его за пределы постоянного места жительства. Багажом также считаются вещи Застрахованного лица, приобретенные им во время пребывания за пределами постоянного места жительства. Вес, размер и факт сдачи Багажа перевозчику подтверждаются багажной квитанцией.

2.16. **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.

2.17. **Несчастный случай** – одномоментное кратковременное внезапное воздействие внешних (механических, термических, химических) факторов, 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.

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

2.19. **Страна пребывания** – это государство или регион Российской Федерации, находящиеся в пределах территории страхования, где произошел страховой случай.

2.20. **Регион Российской Федерации** – субъекты Российской Федерации: республика, край, область, город федерального значения, автономный округ и автономная область.

2.21. **Количество дней одной поездки** – длительность одной поездки, в течение которой действует страховое покрытие.

2.22. **Регион постоянного проживания** – территория, расположенная в пределах административной границы населенного пункта в Российской Федерации, являющегося для

Застрахованного местом преимущественного или постоянного проживания, а также территории в радиусе 300 км от населенного пункта, либо страна, гражданином которой является Застрахованный или в которой Застрахованный имеет вид на жительство, либо в которой Застрахованный постоянно проживает не менее 180 дней в течение 12 месяцев, предшествующих страховому случаю.

2.23. Экстренная форма оказания медицинской помощи – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни Застрахованного.

2.24. Неотложная форма оказания медицинской помощи – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни Застрахованного.

2.25. Карантин – комплекс ограничительных административных и медико-санитарных мероприятий, проведение которых позволяет предупреждать занос и распространение инфекции, вводимый в отношении конкретного Застрахованного лица на основании постановлений/предписаний/документов служб медико-санитарного надзора и контроля государства. Карантин вводится в отношении Застрахованных лиц в виде помещения на изоляцию (дом, квартира, гостиничный номер, каюта и пр.) либо в карантинное учреждение (обсерватор).

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству РФ имущественные интересы Застрахованного во время его пребывания за пределами постоянного места жительства – в туристической поездке, командировке, по частным делам в течение срока действия Договора, но не с целью смены места жительства или получения медицинской помощи в Клиниках страны временного пребывания, связанные с:

- 1)** оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предусмотренных Договором, в том числе транспортных, вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а кроме того имущественные интересы, связанные с оплатой организации репатриации Застрахованного или его останков, в период пребывания Застрахованного на территории государства, указанного в Договоре страхования, в период его действия, обозначенного в Договоре страхования как начало и конец поездки (**«Страхование медицинских, медико-транспортных и иных расходов»**);
- 2)** причинением вреда здоровью граждан, а также с их смертью в результате несчастного случая (**«Страхование от несчастных случаев»**);
- 3)** владением, пользованием и распоряжением принадлежащим ему багажом, а также, если это особо оговорено в Договоре страхования, с дополнительными расходами, связанными с наступлением страхового случая (**«Страхование багажа»**);
- 4)** возмещением причиненного Застрахованным вреда жизни и здоровью или имуществу физических лиц, а также вреда, причиненного имуществу юридических лиц (**«Страхование гражданской ответственности»**);
- 5)** расходами, связанными с получением Застрахованным необходимой правовой (юридической) помощи во время зарубежной поездки (**«Страхование расходов, связанных с получением необходимой правовой (юридической) помощи во время выезда за пределы постоянного места жительства»**);
- 6)** утратой заграничного паспорта и проездных документов (**«Страхование на случай потери или кражи паспорта и проездных документов»**);
- 7)** расходами в связи с задержкой и/или отменой рейса (**«Страхование на случай задержки и/или отмены рейса»**).

3.2. Договор страхования может быть заключен с условием предоставления страхового покрытия как от всех рисков, перечисленных в п.п. 3.1 настоящих Правил, так и с условием предоставления покрытия от одного или нескольких рисков, перечисленных в п.п. 3.1 настоящих Правил.

4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ. РАСХОДЫ, ПОКРЫВАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ

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

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

4.3. 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 разрешены Сервисным центром.

4.4. **КАТЕГОРИЯ ПОЛИСА** – определяется перечнем видов помощи и рисков, покрываемых Договором страхования. Перечень Категорий полисов и соответствующие каждой из них виды помощи, оплачиваемые СТРАХОВЩИКОМ:

4.4.1. **КАТЕГОРИЯ А** – пункты 14.2.1 – 14.2.7 настоящих Правил.

4.4.2. **КАТЕГОРИЯ В** – пункты 14.2.1 – 14.2.12 настоящих Правил.

4.5. Договором страхования может быть предусмотрена иная комбинация перечней рисков.

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 страховой выплаты по Договору страхования, определяемый исходя из выбранного варианта страховой выплаты – 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 оказываемых услуг 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 самостоятельно.

5.6. Договором страхования (страховым полисом) 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.**

5.7. 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.

5.8. 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 Договором страхования не оговорено иное, указанная в Договоре франшиза является Безусловной.

5.9. Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшиз.

5.10. 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.

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, объема страхового покрытия, результатов

медицинского освидетельствования, численности группы, территории страхования, продолжительности поездки, цели и характера поездки, размера установленной франшизы.

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

6.5. Страховая премия оплачивается наличными деньгами или в безналичной форме.

При этом обязанность Страхователя по уплате страховой премии или первого ее взноса считается исполненной:

- при уплате страховой премии или первого ее взноса наличными денежными средствами – с момента передачи денег представителю Страховщика или их внесения в кассу Страховщика;

- при уплате страховой премии безналичным путем – с момента внесения наличных денежных средств кредитной организации либо банковскому платежному агенту (субагенту), осуществляющему деятельность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, или с момента списания (блокировки) денежных средств с банковской карты Страхователя (при оплате платежной банковской картой) или банковского счета.

6.6. При неуплате просроченного взноса или его оплаты в меньшей, чем предусмотрено Договором страхования, сумме, Договор страхования досрочно прекращается.

6.7. Страховщик информирует Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений любым доступным из способов, перечисленных в п. 1.4 настоящих Правил страхования.

6.8. 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 (далее по тексту – Полис)** – письменное соглашение между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется за обусловленную Договором плату – страховую премию при наступлении страхового случая произвести страховую выплату и содействовать Застрахованному 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 (как 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 страховой суммы.

7.2.10. Выбранные условия и программа 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 (Ф. И. О., дата рождения, паспортные данные, адрес проживания, телефон).

7.2.13. Загранпаспорт при оформлении Полиса для выезда за территорию РФ.

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 установленной Страховщиком формы. Страхователь обязан при заключении Договора страхования сообщить Страховщику о 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 Застрахованного.

7.7. Договор страхования заключается в письменной форме путем вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового Полиса, либо путем составления отдельного документа, подписанного обеими Сторонами, с приложением настоящих Правил. Вручение страхового полиса в числе прочего может осуществляться отправкой Полиса в электронном виде, заверенного электронной или факсимильной подписью Страховщика. В Договоре страхования подпись Страховщика может быть выполнена путем факсимильного воспроизведения с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи либо аналога собственноручной подписи, предусмотренного законодательством РФ.

7.8. При заключении Договора страхования Застрахованный дает 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.

7.9. Договор индивидуального страхования может быть составлен в форме электронного документа. В этом случае Страхователь направляет Страховщику заявление о заключении Договора страхования в электронной форме с использованием официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети Интернет.

Заявление о заключении Договора страхования в электронной форме по выбору Страхователя может подписываться простой электронной подписью Страхователя либо путем указания своего страхового номера индивидуального лицевого счета (СНИЛС) в заявлении – физического лица, или усиленной квалифицированной электронной подписью Страхователя – юридического лица в соответствии с требованиями Федерального закона от 06.04.2011 г. № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

Перечень сведений, передаваемых Страхователем через официальный сайт Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети Интернет для формирования заявления о заключении Договора страхования в электронной форме, включает в себя сведения, необходимые для предоставления Страховщику при заполнении заявления о заключении Договора страхования на бумажном носителе и указанные в п. 9 настоящих Правил.

Страхователь уплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в Договоре страхования и Правилах страхования, подтверждая тем самым свое согласие заключить этот договор на предложенных Страховщиком условиях.

Факт ознакомления Страхователя с условиями Договора и Правил страхования может подтверждаться, в том числе специальными отметками (подтверждениями), проставляемыми Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика.

В срок не позднее одного рабочего дня с момента поступления денежных средств в кассу Страховщика (при оплате страховой премии наличными денежными средствами), а в случае ее уплаты по безналичному расчету или уплаты с использованием банковской карты – не позднее рабочего дня, следующего за днем поступления на расчетный счет Страховщика страховой премии, полис

страхования в виде электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением требований Федерального закона от 06.04.2011 г. № 63-ФЗ «Об электронной подписи», направляется Страхователю.

В случае, если на основании сведений, представленных для заключения Договора страхования в электронной форме, Страховщик считает необходимым провести обследование Страхователя (принимаемого на страхование лица) до заключения Договора страхования, договоры страхования в виде электронных документов не заключаются.

7.10. Заключая Договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь своей подписью в специально отведенной строке в Договоре страхования дает свое согласие и подтверждает согласие Выгодоприобретателя(ей) и Застрахованного(ых), названных в Договоре страхования, с тем, что Страховщик может осуществлять обработку указанных в нем персональных данных физических лиц в течение всего срока действия и последующие 25 (двадцать пять) лет с момента прекращения действия Договора.

Под персональными данными Страхователь, Выгодоприобретатель(и) и Застрахованный(ые), названные в Договоре страхования, понимают указанную в Договоре страхования информацию, относящуюся к прямо или косвенно определенному или определяемому из названных в Договоре страхования Страхователю, Выгодоприобретателю и Застрахованному, в том числе фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, номер телефона, адрес электронной почты, семейное, социальное, имущественное положение, наличие детей, образование, профессия, доходы, паспортные данные.

Страхователь обязуется предоставить Страховщику названные в настоящем пункте согласия физических лиц (Выгодоприобретателя(ей) и Застрахованного(ых)) и несет персональную ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение указанного обязательства.

Под обработкой персональных данных Страхователь, Выгодоприобретатель(и) и Застрахованный(ые), названные в Договоре страхования, понимают сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Обработка персональных данных осуществляется с использованием средств автоматизации или без использования таких средств в целях изменения, продления, досрочного прекращения Договора страхования, осуществления Страховщиком права требования, перешедшего к Страховщику в порядке суброгации, реализации Страховщиком права требования о возврате неосновательного обогащения в виде излишне выплаченной суммы страховой выплаты, продвижения услуг Страховщика на рынке путем осуществления прямых контактов со Страхователем, Выгодоприобретателем(ями) и Застрахованным(ми) с помощью средств связи в статистических и иных исследовательских целях, в том числе и в целях проведения анализа страховых рисков, а также в целях информирования о других страховых продуктах и услугах Страховщика, получения рассылок, направленных на повышение уровня клиентоориентированности и лояльности, включая проведение исследований (опросов) в области сервисных услуг и их качества, предоставляемых Страховщиком по Договору страхования, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком.

Заключая Договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь своей подписью в специально отведенной строке в Договоре страхования дает свое согласие и подтверждает согласие Выгодоприобретателя(ей) и Застрахованного(ых), названных в Договоре страхования, на информирование о других продуктах и услугах, на получение рекламы по сетям электросвязи, а также рассылок, направленных на повышение уровня клиентоориентированности и лояльности, включая проведение исследований (опросов) в области сервисных услуг и их качества, предоставляемых Страховщиком по Договору страхования, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком.

Заключая Договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь своей подписью в специально отведенной строке в Договоре страхования дает свое согласие и подтверждает согласие Выгодоприобретателя(ей) и Застрахованного(ых) лица (лиц), названных в Договоре страхования, на передачу его (их) персональных данных при обработке в указанных целях третьим лицам, в том числе лицу, ответственному за ущерб, возмещенный в результате страхования, при осуществлении Страховщиком права требования, перешедшего к Страховщику в порядке суброгации, а также лицу, получившему неосновательное обогащение в виде излишне выплаченной суммы страховой выплаты. Заключая Договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь соглашается с передачей Страховщику персональных данных Страхователя и данных

о наличии других договоров страхования, необходимых для расчета суммы страховой премии, оценки рисков или иных целей, связанных с заключением или исполнением Договора страхования, ставших ему известными в связи с заключением и исполнением Договора страхования, третьим лицам, с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных, включая третьих лиц, проводящих работу по передаче или записи в информационную систему Страховщика.

Страховщик вправе с соблюдением требований, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, осуществлять обработку, в том числе сбор иных сведений, необходимых для заключения Договора страхования, оценки страховых рисков, определения размера убытков или ущерба, включая специальные категории персональных данных, в том числе содержащихся в общедоступных источниках.

Страховщик обязуется обеспечивать сохранность и неразглашение персональных данных Страхователя в целях иных, нежели те, которые предусмотрены настоящим пунктом.

Указанные в настоящем пункте согласия действуют со дня выдачи согласия до дня истечения пятидесятилетнего периода, исчисляемого с момента прекращения действия Договора страхования, либо с момента получения Страховщиком заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных полностью или в части информирования о других продуктах и услугах путем направления письменного заявления Страховщику способом, позволяющим достоверно установить дату получения данного заявления Страховщиком.

В случае полного отзыва субъектом персональных данных своего согласия на обработку персональных данных действие Договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, Договор прекращается полностью, за исключением случаев, когда согласно законодательству Российской Федерации получение согласия субъекта персональных данных на их обработку не требуется. При этом действие Договора страхования прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

После прекращения действия Договора страхования (в том числе при его расторжении), а также в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку своих персональных данных Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в срок, не превышающий 25 (двадцати пяти) лет с момента прекращения действия Договора либо с момента получения Страховщиком заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные (уточненные) условия обработки персональных данных, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

7.11. 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 заключается до начала поездки Застрахованного за пределы постоянного места жительства.

8. ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Застрахованный имеет право на страховую выплату, предусмотренную настоящими Правилами и условиями Договора страхования, во время его пребывания за пределами постоянного места жительства на территории, указанной в Договоре страхования как территория страхования. К страховой выплате относится стоимость услуг, предусмотренных Правилами и условиями Договора, которые оказаны в пределах страны пребывания.

8.2. Варианты Территорий действия страхового покрытия:

8.2.1. Территория I: Весь мир, за исключением стран Американского континента и Карибского бассейна, Японии, Австралии, Новой Зеландии, Таиланда, Индонезии, Индии, Вьетнама, за исключением региона постоянного проживания.

8.2.2. Территория II: Весь мир, за исключением региона постоянного проживания.

8.2.3. Территория III: Российская Федерация, за исключением региона постоянного проживания.

8.3. Если иное не предусмотрено Договором страхования, исключаются из территории действия Договора страхования:

- Страны, на территории которых ведутся военные действия и/или объявлено военное положение, введено чрезвычайное положение, ведутся гражданские войны.
- Страны, в отношении которых применены экономические и/или военные санкции ООН.
- Территории, на которых обнаружены и признаны очаги эпидемий.
- Регион постоянного проживания Застрахованного.

8.4. 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 пределы постоянного места жительства в течение срока действия Договора страхования. При этом срок действия Договора страхования может соответствовать сроку поездки Застрахованного за пределы постоянного места жительства 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 пределы постоянного места жительства 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 общее/total для всех поездок Застрахованного в период действия Договора страхования. При этом Страховщик несет ответственность только в пределах указанного в Договоре страхования количества дней страхования. При каждом выезде на территорию действия Договора страхования указанное количество дней автоматически уменьшается на количество дней, проведенное в стране действия Договора страхования. Ответственность Страховщика прекращается по истечении указанного в Договоре страхования количества дней страхования, но не позднее окончания срока действия Договора страхования либо лимита страховых выплат, в зависимости от того, что произойдет ранее.

9.2. Договор страхования, если его условиями не предусмотрено иное, вступает в силу:

9.2.1. С момента оплаты страховой премии способом, указанным в п. 6.5 настоящих Правил, но не ранее даты, указанной в Договоре как дата начала действия Договора страхования и не ранее:

9.2.1.1. при поездках за рубеж – момента пересечения Застрахованным государственной границы страны, гражданином которой он является или страны, вид на жительство в которой он имеет, если условиями Договора не предусмотрено его заключение в пользу застрахованного лица, находящегося за пределами территории страны постоянного проживания. Подтверждением пересечения границы является отметка пограничных служб в заграничном паспорте, если иное не предусмотрено Договором страхования.

9.2.1.2. при поездках по территории Российской Федерации граждан РФ, а также граждан, имеющих вид на жительство в РФ, – момента пересечения Застрахованным лицом границы региона постоянного проживания Застрахованного, если иное не предусмотрено Договором страхования;

9.2.1.3. при поездках по территории Российской Федерации иностранных граждан, временно проживающих на территории РФ, – момента пересечения Застрахованным границы страны (региона) временного проживания Застрахованного, если иное не предусмотрено Договором страхования.

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

9.4. Если Договором страхования не оговорено иное, Договор страхования действует только в течение одной поездки за пределы постоянного места жительства.

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

9.5.1. в 24:00 часа даты (местного времени), которая указана в Договоре страхования как дата его окончания, но не позднее момента пересечения границы:

- Российской Федерации (при зарубежных поездках граждан РФ);
 - региона постоянного проживания (при поездках по РФ 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 (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 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, 9.5.4, 9.5.7, Договор прекращается с момента наступления данных оснований.
- 9.6.2. В случае прекращения Договора страхования по основаниям, предусмотренным п. 9.5.6, Договор страхования считается прекращенным с даты подачи Страхователем соответствующего заявления, если более поздний срок прекращения Договора страхования не указан в заявлении Страхователя.
- 9.7. Не является страховым случаем событие, хотя и имеющее признаки страхового случая, однако произошедшее после прекращения или расторжения Договора страхования в соответствии с условиями данного раздела.
- 9.8. Возврат страховой премии осуществляется следующим образом:
- 9.8.1. Если иного не предусмотрено Договором страхования, при досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, указанным в п.п. 9.5.1, 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 периода действия Договора 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, 9.5.7, 9.5.8, Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной страховой премии пропорционально фактическому количеству дней не истекшего срока действия Договора страхования на основании тарифов Страховщика, используемых при оформлении Договора страхования, за вычетом расходов Страховщика на ведение дела. Размер расходов Страховщика на ведение дела устанавливается внутренним документом Страховщика.
- 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. Если на дату отказа Страхователя от Договора страхования имеются страховые события, имеющие признаки страхового случая в том числе обращения в Сервисную компанию, то страховая премия возврату не подлежит.
- 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 срока, указанного в Договоре страхования, но не более 15 (пятнадцати) рабочих дней, считая от даты подписания соглашения о досрочном расторжении Договора страхования (страхового полиса) в письменной форме.

9.12. 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.

9.13. 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.

9.14. В случае отказа Страхователя, являющегося физическим лицом, от Договора страхования в части страхования видов иных, чем определенных в Разделе 2 настоящих Правил, в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения (независимо от момента уплаты страховой премии) при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая, произошедших в данном периоде, возврату подлежит:

- уплаченная страховая премия в полном объеме за вычетом части страховой премии, уплаченной по видам, определенным в Разделе 2 настоящих Правил, если Страхователь отказался от Договора страхования в части страхования видов иных, чем определенных в Разделе 2 настоящих Правил, до даты возникновения обязательств Страховщика по Договору в части соответствующих видов страхования, от которых отказывается Страхователь (далее – до даты начала действия страхования в части соответствующих видов страхования, от которых отказывается Страхователь);

- часть уплаченной страховой премии за не истекший срок действия Договора страхования в части соответствующих видов страхования, от которых отказывается Страхователь, пропорционально сроку действия Договора по указанным видам, после даты начала действия страхования в части соответствующих видов страхования, от которых отказывается Страхователь. В этом случае Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать:

- а) часть страховой премии, уплаченной по видам страхования, определенным в Разделе 2 настоящих Правил,

- б) часть страховой премии по видам страхования, от которых отказывается Страхователь, пропорционально сроку действия Договора страхования в части соответствующих видов страхования, от которых отказывается Страхователь, прошедшему с даты начала действия страхования по соответствующим видам страхования, от которых отказывается Страхователь, до даты прекращения действия Договора добровольного страхования по соответствующим видам страхования, от которых отказывается Страхователь.

Для целей реализации настоящего пункта Договор страхования в части соответствующих видов страхования, от которых отказывается Страхователь, по основаниям, определенным настоящим пунктом Правил, считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования в указанной части или иной даты, установленной по соглашению Сторон, но не позднее 5 (пяти) рабочих дней со дня заключения Договора.

Для целей реализации настоящего пункта возврат страховой премии (части страховой премии) осуществляется по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора в соответствующей части.

В случае противоречия положений настоящего пункта Правил иным положениям настоящих Правил, положения настоящего пункта имеют преимущественную силу.

9.15. Страхователь-физическое лицо имеет право отказаться от договора страхования в случае, если до его заключения Страховщик:

- а) не предоставил ему «Ключевой информационный документ об условиях договора добровольного страхования» (далее – КИД), предоставление которого регламентировано нормативным актом Банка России;

- б) информация, содержащаяся в КИД, не соответствует условиям заключенного Договора страхования (является неполной или недостоверной).

9.16. Отказ от Договора страхования осуществляется путем подачи заявления об отказе от Договора страхования с указанием одного из перечисленных в пункте 9.15. Правил оснований. При этом в случае, если Страхователь отказывается от Договора страхования по основанию «б» пункта 9.15 Правил, в заявлении об отказе Страхователь обязан указать, в какой конкретно части информация, содержащаяся в КИД, не соответствует условиям заключенного Договора страхования.

9.17. Обстоятельствами, свидетельствующим о непредоставлении Страхователю КИД, в зависимости от условий и способа заключения Договора могут являться:

- а) отсутствие подписи Страхователя, свидетельствующей о получении КИД;
- б) не направление Страховщиком на указанный Страхователем адрес электронной почты электронного письма, содержащего КИД;
- в) иные случаи, когда Страховщик не имеет возможности подтвердить факт предоставления Страхователю КИД.

9.18. Договор страхования досрочно прекращается с даты получения заявления об отказе от Договора страхования при наличии обстоятельств, свидетельствующих о непредоставлении Страхователю КИД (перечисленных в п. 9.17 Правил) или подтверждающих факт несоответствия информации, содержащейся в КИД, условиям заключенного Договора страхования.

В случае, если заявление об отказе от Договора страхования не содержит информации, предусмотренной пунктом 9.16 Правил, а также в случае, если информация, содержащаяся в заявлении об отказе от Договора страхования, не соответствует действительности (при наличии мотивированного обоснования у Страховщика или возможности документально подтвердить факт предоставления КИД), Договор страхования продолжает действовать.

9.19. При досрочном прекращении Договора страхования в соответствии с пунктом 9.18 Правил Страховщик в течение 7 (семи) дней с даты получения Заявления об отказе от Договора страхования возвращает Страхователю часть страховой премии, исчисленной пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, при условии, что до даты получения соответствующего заявления Страховщиком не производились страховые выплаты по расторгаемому Договору страхования.

9.20. В случае, если Страхователем заявляется отказ от договора комбинированного страхования на том основании, что в отношении определенного риска, относящегося к определенному виду страхования, ему не была предоставлена либо была предоставлена неполная или недостоверная информация об условиях Договора страхования, то возврат страховой премии осуществляется только в отношении вида страхования, к которому относится риск, применительно к которому был заявлен отказ.

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 страхования, условий Договора страхования.

10.2.3. До заключения Договора страхования или до момента акцепта полиса-оферты сообщить Страховщику или его представителю о своем нахождении или нахождении Застрахованного за пределами территории страны постоянного или преимущественного места проживания, гражданином которого они являются.

10.2.4. 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.

10.2.5. Иметь при себе оригинал Полиса и Приложений к нему (Правил страхования, Условий страхования) при выезде за пределы постоянного места жительства, в том числе при обращении в Сервисный центр, во время консультации врача или визита в Клинику.

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

10.2.7. 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.

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

10.2.9. 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.

10.2.10. 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.

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

10.2.12. Информировать Страховщика о других договорах страхования, заключенных в его пользу и предусматривающих покрытие медицинских и иных расходов при выезде за пределы постоянного места жительства.

10.2.13. 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.

10.2.14. 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.

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

10.2.16. 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.

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. Потребовать расторжения Договора страхования или доплаты страховой премии при изменении первоначальных характеристик застрахованного объекта, указанных в заявлении на страхование.

10.3.7. Предъявить в пределах сумм выплаченных страховых выплат иски в порядке суброгации к лицам, ответственным за причиненный ущерб.

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

10.3.9. Вычесть из суммы возмещения расходов Застрахованного стоимость неиспользованных проездных документов, не переданных Страховщику при наступлении события, указанного в п.п. 14.2.4 настоящих Правил.

10.3.10. 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.

10.3.11. Не производить страховую выплату, если Застрахованное лицо или его представитель не предоставил все необходимые документы, предусмотренные настоящими Правилами в соответствии с п. 14.4, для принятия решения о страховой выплате.

10.3.12. Представлять интересы Застрахованного.

10.3.13. 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.

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

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

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

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

10.4. Страховщик обязан:

10.4.1. В случае выявления факта предоставления Страхователем/Застрахованным/Выгодоприобретателем документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями настоящих Правил страхования и (или) Договора страхования, Страховщик обязан:

- принять их, при этом срок принятия решения или единый срок урегулирования требования о страховой выплате не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;

- уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента выявления данного факта.

10.4.2. По запросу Страхователя/Выгодоприобретателя, полученному Страховщиком после заявления о событии, имеющем признаки страхового случая, ознакомить с положениями Раздела 11 настоящих Правил страхования.

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

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

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, Застрахованный (его Представитель) обязан:

11.2.1. Обратиться в Сервисный центр по круглосуточным телефонам, указанным в страховом Полисе и/или Приложениях к нему, и сообщить следующую информацию:

- фамилию, имя Застрахованного (вариант написания в загранпаспорте),
- номер страхового 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 страховой 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 на территории временного пребывания. 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 Кликой 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.

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. ОБЩИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ. ОСНОВАНИЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

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

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

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

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

12.1.4. 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;

12.1.5. 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;

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

12.1.7. 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.

12.1.8. при совершении Застрахованным противоправных действий;

12.1.9. воздействия любого вида ионизирующего излучения, радиоактивного заражения;

12.1.10. службы Застрахованного в вооруженных силах любого государства и любых формированиях;

12.1.11. стихийных бедствий и их последствий.

12.2. Если иное не оговорено в Договоре страхования, Страховщик не выплачивает страховую выплату в следующих случаях:

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

12.2.2. 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, бейсджампингом, паркур, кейв-дайвингом, серфингом, вейкбордингом, маунтинбайком, сноубордингом, поездкой на квадроциклах 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.

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

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

12.3. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате, если Застрахованный не представил в течение 30 (тридцати) дней с момента возвращения из поездки в страну (регион) постоянного проживания – заявление на страховую выплату установленной Страховщиком формы с приложением всех необходимых документов согласно настоящим Правилам и Договору страхования.

12.4. Положения п. 12.3 не применяются, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая, либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести страховую выплату.

12.5. 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».

12.6. Страховщик не несет ответственность по Полису, оформленному после приезда Застрахованного на территорию страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.

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

12.8. Страховщик не несет ответственность по всем рискам, указанным в Разделах 2, 3, 4, 5, 6, 8 настоящих Правил и не признает событие страховым по случаям, возникшим при нахождении Застрахованного в состоянии алкогольного, наркотического, токсического и иного опьянения Застрахованного или Страхователя.

12.9. Страховщик не несет ответственность за расходы Страхователя или Застрахованного лица, связанные с посадкой рейсового или чартерного рейса самолета по медицинским показаниям, связанным со здоровьем находящихся на борту пассажиров, в т.ч. являющихся Застрахованными.

12.10. Заявленное событие во всех случаях не признается страховым случаем, если Договор был заключен в пользу страхователя и/или застрахованного лица, находящегося в этот момент за пределами страны постоянного или преимущественного места проживания, гражданином которого является Застрахованный или в которой Застрахованный имеет вид на жительство, либо в которой Застрахованный постоянно проживает не менее 180 дней в течение 12 месяцев, если иное не предусмотрено Договором.

12.11. Если Договор был заключен в пользу Страхователя и/или застрахованного лица, находящегося в момент заключения Договора страхования или в момент акцепта полиса-оферты за пределами территории страны постоянного или преимущественного места проживания, гражданином которого является Застрахованный, а Страхователь не сообщил Страховщику об этом, то заявленное событие не признается страховым случаем.

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

13.1. Все споры по Договору страхования по возможности разрешаются Сторонами путем переговоров.

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

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

13.4. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств по настоящему Договору виновная Сторона обязана возместить другой Стороне причиненные таким неисполнением или ненадлежащим исполнением убытки в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

13.5. В случае, если возникшее разногласие на момент обращения к Страховщику в досудебном порядке подлежит рассмотрению уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг в соответствии с Федеральным законом «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», Страхователь (Выгодоприобретатель) должен до направления финансовому уполномоченному обращения направить Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими свое требование в письменной или электронной форме.

Страховщик обязан рассмотреть заявление Страхователя (Выгодоприобретателя) и направить ему мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленного требования:

- в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения претензии в случае, если она направлена в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена Советом Службы финансового уполномоченного, и если со дня нарушения, по существу которого идет спор, прошло не более 180 (ста восьмидесяти) дней;

- в течение 30 (тридцати) дней со дня получения претензии в иных случаях.

В случаях, предусмотренных Законом об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг, Страхователь/Выгодоприобретатель вправе заявлять в судебном порядке требования к Страховщику только после получения от финансового уполномоченного решения по обращению.

14. РАЗДЕЛ 2. СТРАХОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ, МЕДИКО-ТРАНСПОРТНЫХ И ИНЫХ РАСХОДОВ

14.1. Страховым случаем являются: внезапное заболевание, травма в результате несчастного случая, требующие 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, и в период действия Договора страхования.

14.1.1. **Внезапное заболевание** – болезнь или состояние, возникшее неожиданно в срок действия Договора страхования и не являющееся следствием каких-либо хронических или имевшихся до начала поездки заболеваний, патологических состояний, независимо от того, осуществлялось ли по ним лечение или нет, приведшее к возникновению необходимости оказания неотложной/экстренной медицинской помощи.

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

14.2. ПЕРЕЧЕНЬ ВИДОВ ПОМОЩИ:

14.2.1. **Медицинская помощь** – амбулаторная, стационарная, скорая и неотложная медицинская помощь, в том числе консультативная, диагностическая и лечебная, необходимая для купирования неотложного медицинского состояния и подготовки Застрахованного к транспортировке, в том числе медицинской, в страну постоянного проживания:

- **Амбулаторная помощь** – консультации врача общей практики или врача специалиста, инъекции, анестезия, перевязки, лабораторная и инструментальная диагностика, первичная хирургическая помощь.
- **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 1000 USD/1000 EURO/70 000 RUB, в зависимости от валюты Договора страхования.
- **Скорая и неотложная медицинская помощь** – выезд медицинской бригады (врачебной или фельдшерской), оказание неотложной медицинской помощи, при наличии показаний для срочной консультации или экстренной госпитализации – транспортировка в Клинику.
- **Лекарственные средства**, назначенные врачом и необходимые для оказания неотложной медицинской помощи и в количестве, необходимом до возвращения в страну постоянного проживания.
- **Перевязочные материалы, средства фиксации** (гипс, бандаж), костыли (лимит покрытия не может превышать сумму, эквивалентную 25 USD/25 EURO/1750 RUB, в зависимости от валюты Договора страхования), прокат инвалидных колясок.

14.2.2. **Экстренная медицинская помощь при возникновении обострения и/или осложнения хронического заболевания.** Покрываются медицинские расходы на оплату медицинской помощи в экстренной форме по купированию угрозы жизни Застрахованного.

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

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

- **Медицинская репатриация** – медицинская транспортировка из места временного пребывания до ближайшего к месту жительства международного аэропорта страны постоянного проживания.

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

14.2.4. **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.

14.2.5. **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 желанию родственников 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 в стране постоянного проживания не покрываются.

14.2.6. **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 USD/100 EURO/7 000 RUB, в зависимости от валюты 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.

14.2.7. **Стоматологическая помощь** – экстренная болеутоляющая стоматологическая помощь при остром воспалении или травме естественного зуба и окружающих тканей. Покрываются расходы на анестезию, рентген, удаление зуба, вскрытие абсцесса мягких тканей или канала зуба, пломбирование этого канала – в сумме, эквивалентной не более 200 USD/200 EURO/14 000 RUB, в зависимости от валюты Договора страхования, если иное не оговорено в Договоре страхования.

14.2.8. **Визит родственника Застрахованного** – если Застрахованный путешествует без сопровождающего и срок его стационарного лечения превысил 10 суток в результате страхового случая. Страховщик покрывает расходы на билеты для проезда экономическим классом одного совершеннолетнего Родственника 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.

14.2.9. **Возвращение несовершеннолетнего ребенка**, если ребенок остался без присмотра в результате госпитализации Застрахованного 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.

14.2.10. **Пребывание в стационаре одного из родителей**, путешествующих вместе с госпитализированным Застрахованным ребенком, если возраст ребенка до 3 лет. Расходы на питание и иные расходы не покрываются.

14.2.11. **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.

14.2.12. Проживание в период карантина – Страховщик возмещает непредвиденные расходы на проживание Застрахованного во время карантина по требованию властей страны временного пребывания не более суммы, эквивалентной 500 USD/500 EURO/45 000 RUB, в зависимости от валюты Полиса, если иной лимит не установлен Договором страхования, и связанные с его нахождением на карантине, а именно:

- расходы на проживание Застрахованного в карантинных учреждениях/обсерваторах;
- расходы на проживание Застрахованного в период карантина в отеле при условии, что срок необходимого карантина превышает ранее запланированный срок проживания/бронирования.

При этом вариант и условия карантина устанавливаются местными органами власти страны или региона. Проживание организуется Застрахованным лицом самостоятельно, но при условии уведомления Сервисной компании по телефону, указанному в страховом Полисе.

14.3. РАСХОДЫ, НЕ ПОКРЫВАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ

14.3.1. 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 следующих травм, заболеваний и/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 в страну временного пребывания, даже если Застрахованный не знал о наличии указанных заболеваний.
- б)** Лечения хронического заболевания, если необходимость оказания медицинской помощи не связана с угрозой жизни Застрахованного. В случае угрозы жизни лимит возмещения по экстренной помощи составляет 10% 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 болеутоляющей помощи, 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 8 недель), если иное не предусмотрено Договором страхования.
- з)** Лечения в Клиниках, находящихся за пределами страны пребывания, для путешествующих за границу РФ и лечение в Клиниках, находящихся за пределами города пребывания при путешествии по РФ. При этом, если оказание необходимой помощи невозможно в городе нахождения, то по согласованию с Сервисной компанией помощь может быть организована в ближайшем к месту пребывания городе.
- и)** Психических заболеваний, судорожных, аффективных, истерических и панических состояний, неврозов, депрессий, наркомании, алкоголизма; 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; гепатитов В, С.
- л)** ВИЧ-инфекции, СПИДа, туберкулеза, венерических заболеваний, ЗППП-заболеваний, передающихся преимущественно половым путем, уrogenитальных инфекций.

- м) Заболеваний и травм, связанных с гражданской ответственностью виновной стороны или расходами, которые могут быть покрыты иными страховыми 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.

14.3.2. 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, опорно-двигательной, сердечно-сосудистой и иных систем, пластикой связок.
- е) Эндоваскулярными операциями и вмешательствами, ангиопластикой, в т.ч. баллонной пластикой, эндопротезированием сосудов, эмболизацией, установкой кардиостимулятора, аортокоронарным шунтированием, подготовкой к этим вмешательствам, включая ангиографию, диагностику.
- ж) Компьютерной томографией, магнитно-резонансной томографией, другими дорогостоящими, сложными, углубленными методами диагностики, не санкционированными до оказания Сервисным центром.
- з) Экстракорпоральными методами лечения: плазмозофереза, гемосорбции, лазеротерапии и пр.; иммунокоррекции. Лечение в барокамере, кроме случаев по договорам, предусматривающим соответствующие особые условия – занятия экстремальными водными видами спорта, дайвинг.
- и) Приобретением 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. Выполнением медицинских услуг вне Клиники. Услугами, не назначенными врачом или выполняемыми без медицинских показаний, в том числе по желанию Застрахованного.
- 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 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.
- т) Укусом или нападением клеща, включая медицинский осмотр, анализы и профилактику клещевых инфекций, а также с последствиями этих укусов.

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

- а) Отсутствия обращения и/или несвоевременного обращения Застрахованного в Сервисный центр до оказания помощи и/или если Застрахованный выбрал клинику самостоятельно и/или не следовал указаниям сотрудника Сервисного центра.
- 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, возникшими 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. 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, предложенного Страховщиком (Сервисным центром) в стране постоянного проживания, для решения вопроса о страховой выплате.
- 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.

14.3.4. По расходам на проживание в период карантина Договором страхования не покрываются (не являются страховыми случаями) следующие расходы:

- а) расходы на питание;
- б) расходы, связанные с повышением уровня комфортности проживания в отеле/карантинном учреждении (обсерваторе);
- в) расходы на дополнительные платные услуги (кабельное телевидение, доступ в интернет, косметические и оздоровительные процедуры и т.д.);
- г) расходы на проведение лабораторных исследований;
- д) компенсация стоимости/штрафных санкций ранее забронированного и/или оплаченного проживания до даты, указанной в документе, подтверждающем необходимость нахождения на карантине (постановление по форме, предусмотренной в стране временного пребывания/медицинские документы с указанием необходимости соблюдения карантина и т.д.);
- е) расходы на проживание в период карантина лиц, находящихся в одной поездке с Застрахованным и не являющихся застрахованными;
- ж) расходы на проживание в период карантина, если они необходимы в связи с требованием органов власти о поголовной изоляции по прилету в страну/регион временного пребывания и не зависят от наличия инфицирования Застрахованного лица.

14.4. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

14.4.1. 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:

14.4.1.1. Сервисному центру либо иной организации, организовавшей или оказавшей услуги, Страховщик оплачивает счет, выставленный в соответствии с данными им гарантиями за организацию и оказание медицинской и иной помощи, путем перечисления денежных средств безналичным путем.

14.4.1.2. Застрахованному либо иному лицу в случае смерти Застрахованного, путем возмещения понесенных расходов, оказанных Застрахованному и организованных Сервисным центром или санкционированных им, в случае представления Страховщику всех необходимых документов, предусмотренных настоящими Правилами, для рассмотрения вопроса о страховой выплате. Возмещение понесенных расходов осуществляется путем безналичного перечисления средств на счет Застрахованного либо иному лицу в случае смерти Застрахованного, либо наличными через кассу Страховщика.

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

- Письменное Заявление о случившемся, в том числе с обоснованием причин не обращения в Сервисный центр.
- Страховой 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 соответствующим штампом), с указанием фамилии, имени 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.

14.4.3. При наступлении страхового случая по п. 14.2.12 настоящих Правил страхования Застрахованный/Выгодоприобретатель в дополнение к п. 14.4.2 настоящих Правил должен предоставить:

- документы служб медико-санитарного контроля и надзора/служб здравоохранения государства/региона и/или медицинских служб отеля/порта/судна/лайнера и иных учреждений, имеющих такие права, подтверждающие факт введения в отношении Застрахованного лица карантина, перемещения Застрахованного лица в карантинные зоны отеля/гостиницы/судна или карантинное учреждение (обсерватор);
- оригинал или копию документа, подтверждающего стоимость и оплату проживания на карантине/обсервации/изоляции.

14.4.4. 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.

14.4.5. 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.

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

14.4.7. Страховщик в течение 15 (пятнадцати) банковских дней с момента получения от Застрахованного всех необходимых документов рассматривает Заявление на страховую выплату и принимает решение о страховой выплате либо отказе в страховой выплате.

14.4.7.1. Страховая выплата производится в течение 7 (семи) банковских дней (если Договором не предусмотрено иное) с момента принятия решения о страховой выплате.

14.4.8. Застрахованный самостоятельно осуществляет действия по получению дополнительных медицинских и иных документов, уточнению информации, имеющей отношение к страховому случаю.

14.4.9. В целях установления обстоятельств события, обладающего признаками страхового случая, отсутствие которых не позволяет Страховщику принять решение о страховой выплате, Страховщик вправе направлять запросы в компетентные органы (о чем Страховщик уведомляет Страхователя (Застрахованного/Выгодоприобретателя)). При этом срок для принятия решения о страховой выплате в случае направления Страховщиком запроса в компетентные органы приостанавливается, а период времени с момента направления запроса в компетентные органы и до момента получения Страховщиком ответа на него не включается в срок, предусмотренный пунктом 14.4.7.

14.4.10. Если страховая сумма по соответствующему риску в Договоре страхования (Страховом полисе) установлена в валютном эквиваленте, то применяется курс ЦБ РФ на день страховой выплаты. Если курс ЦБ РФ на день страховой выплаты выше курса ЦБ РФ на день заявления Застрахованным о страховом случае в Сервисную компанию или Страховщику на 20% и более, то при расчете страховой выплаты применяется курс ЦБ РФ на день заявления Застрахованным о страховом событии в Сервисную компанию или Страховщику, увеличенный на 20%. В Договоре страхования (страховом полисе) может быть установлено иное ограничение на величину изменения курса валют.

14.4.11. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю (Застрахованному) в письменной форме с обоснованием причин в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия решения об отказе.

14.4.12. Страховая выплата производится в денежной форме, в т.ч. путем безналичного перечисления денежных средств на банковский счет, указанный получателем страховой выплаты, или иным способом по согласованию Сторон.

14.4.13. К Страховщику, уплатившему страховое возмещение, переходит в размере уплаченной суммы право требования, которое Страхователь имеет к лицу, ответственному за причиненный ущерб. Для этого Страхователь обязан передать Страховщику все документы и сообщить ему все сведения, необходимые для осуществления Страховщиком перешедших к нему прав.

15. РАЗДЕЛ 3. СТРАХОВАНИЕ БАГАЖА

15.1. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

Объектом страхования являются имущественные интересы Страхователя (Выгодоприобретателя), 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.

15.2. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

15.2.1. Страховым случаем являются следующие события, имевшие место в период действия Договора страхования и подтвержденные документально:

15.2.1.1. утрата зарегистрированного Багажа;

15.2.1.2. повреждение (гибель) зарегистрированного Багажа (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;

15.2.1.3. задержка зарегистрированного Багажа – задержка выдачи Багажа перевозчиком, подтвержденная соответствующими документами перевозчика, сверх периода, установленного Договором страхования.

15.3. Договор страхования может быть заключен на случай наступления для Застрахованного всех рисков, указанных в п. 15.2.1 настоящих Правил, так и на случай наступления одного или нескольких из них по одной из следующих программ страхования:

15.3.1. Программа 1:

– утрата зарегистрированного Багажа.

15.3.2. Программа 2:

– утрата зарегистрированного Багажа;

– повреждение (гибель) зарегистрированного Багажа;

– задержка зарегистрированного Багажа.

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

15.5. СТРАХОВАЯ СУММА

15.5.1. Страховая сумма по страхованию Багажа устанавливается Страхователем по соглашению со Страховщиком и указывается в Договоре страхования.

15.5.2. 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.

15.6. РАСХОДЫ, НЕ ВОЗМЕЩАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ

15.6.1. 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 (из натурального и искусственного меха);
- к) переносную (портативную) аудио-, фото-, кино-, видеоаппаратуру, 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.

15.6.2. Не являются страховыми случаями:

- 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).

15.6.3. 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.

15.7. 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.

15.8. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

15.8.1. 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.

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

15.8.3. 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.

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

- а) оригинал Договора (Полиса) страхования;
- 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.

15.8.5. Страховщиком могут быть запрошены дополнительные документы:

15.8.5.1. документы, подтверждающие стоимость Багажа непосредственно перед страховым случаем, а также подтверждающие стоимость ремонта поврежденного Багажа;

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

15.8.5.3. годные остатки имущества, которое признано Страховщиком полностью погибшим;

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

15.8.6. 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.

15.8.7. 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.

15.8.8. 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.

15.8.9. Страховщик в течение 15 (пятнадцати) банковских дней с момента получения от Застрахованного всех необходимых документов рассматривает Заявление на страховую выплату и принимает решение о страховой выплате либо отказе в страховой выплате.

15.8.9.1. Страховая выплата производится в течение 7 (семи) банковских дней (если Договором не предусмотрено иное) с момента принятия решения о страховой выплате.

15.8.10. В целях установления обстоятельств события, обладающего признаками страхового случая, отсутствие которых не позволяет Страховщику принять решение о страховой выплате, Страховщик вправе направлять запросы в компетентные органы, о чем Страховщик уведомляет Страхователя (Застрахованного/Выгодоприобретателя). При этом срок для принятия решения о страховой выплате в случае направления Страховщиком запроса в компетентные органы приостанавливается, а период времени с момента направления запроса в компетентные органы и до момента получения Страховщиком ответа на него не включается в срок, предусмотренный пунктом 15.8.11.

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

15.8.12. Если за утраченный или поврежденный Багаж или его часть Страхователь (Застрахованный/Выгодоприобретатель) получил возмещение от третьих лиц, Страховщик оплатит лишь 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 обязан немедленно сообщить Страховщику.

15.8.13. 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.

15.8.14. Непризнание Страховщиком события страховым случаем или отказ Страховщика произвести страховую выплату могут быть обжалованы Страхователем/Застрахованным/Выгодоприобретателем в порядке, установленном законодательством РФ.

15.9. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

15.9.1. При утрате (потере) Багажа – страховая выплата осуществляется в размере суммы, эквивалентной 40 USD за каждый килограмм веса утраченного Багажа, но не выше страховой суммы, если иная сумма страховой выплаты за каждый килограмм Багажа не предусмотрена прямо Договором страхования.

15.9.2. При задержке Багажа – страховая выплата в размере суммы, эквивалентной 2 USD за каждый килограмм задержанного Багажа, если иная сумма страховой выплаты за каждый килограмм Багажа не предусмотрена Договором страхования.

15.9.3. При повреждении Багажа – страховая выплата в размере суммы, эквивалентной 7 USD за каждый килограмм поврежденного Багажа, но не более суммы ущерба, если иная сумма страховой выплаты за каждый килограмм Багажа не предусмотрена прямо Договором страхования.

15.9.4. Страховщик в течение 15 (пятнадцати) банковских дней с момента получения от Застрахованного всех необходимых документов рассматривает Заявление на страховую выплату и принимает решение о страховой выплате либо отказе в страховой выплате.

15.9.4.1. Страховая выплата производится в течение 7 (семи) банковских дней (если Договором не предусмотрено иное) с момента принятия решения о страховой выплате.

15.9.5. Застрахованный самостоятельно осуществляет действия по получению дополнительных документов, уточнению информации, имеющей отношение к страховому случаю.

15.9.6. В целях установления обстоятельств события, обладающего признаками страхового случая, отсутствие которых не позволяет Страховщику принять решение о выплате страхового возмещения, Страховщик вправе направлять запросы в компетентные органы (о чем Страховщик уведомляет Страхователя (Застрахованного/Выгодоприобретателя)). При этом срок для принятия решения о выплате страхового возмещения в случае направления Страховщиком запроса в компетентные органы приостанавливается, а период времени с момента направления запроса в компетентные органы и до момента получения Страховщиком ответа на него не включается в срок, предусмотренный пунктом 15.9.4.

15.9.7. Если страховая сумма по соответствующему риску в Договоре страхования (страховом полисе) установлена в валютном эквиваленте, то применяется курс ЦБ РФ на день страховой выплаты. Если курс ЦБ РФ на день страховой выплаты выше курса ЦБ РФ на день заявления Застрахованным о страховом случае в Сервисную компанию или Страховщику на 20% и более, то при расчете страховой выплаты применяется курс ЦБ РФ на день заявления Застрахованным о страховом событии в Сервисную компанию или Страховщику, увеличенный на 20%. В Договоре страхования (страховом полисе) может быть установлено иное ограничение на величину изменения курса валют.

15.9.8. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю (Застрахованному) в письменной форме с обоснованием причин в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия решения об отказе.

15.9.9. Страховая выплата производится в денежной форме, в т.ч. путем безналичного перечисления денежных средств на банковский счет, указанный получателем страховой выплаты, или иным способом по согласованию Сторон.

16. РАЗДЕЛ 4. СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ

16.1. 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:

16.1.1. дееспособные физические лица, 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);

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

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

16.3. Для получения страховой выплаты в случае смерти Застрахованного лица в Договоре может быть назначен Выгодоприобретатель – физическое или юридическое лицо.

16.4. Если иное не определено условиями Договора страхования:

16.4.1. на страхование не принимаются лица:

- моложе 1 года и старше 85 лет;
- 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.;

- находящиеся в местах лишения свободы, а также в изоляторах временного содержания.

16.4.2. По письменному заявлению и на основании медицинского обследования на страхование принимаются следующие лица:

- инвалиды I и II группы и инвалиды детства;
- носители ВИЧ или больные СПИДом.

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

16.5. 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.

16.6. Страховыми случаями признаются события, явившиеся прямым следствием несчастного случая (несчастных случаев), произошедшего в период действия Договора страхования (Страхового полиса).

Договор страхования может предусматривать страхование по одному или нескольким рискам из нижеследующего перечня:

16.6.1. смерть Застрахованного в результате несчастного случая;

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

16.6.3. постоянная утрата трудоспособности в результате несчастного случая.

16.7. Расходы, не возмещаемые Страховщиком.

Не признаются страховыми случаями события, указанные в пункте 16.6 настоящих Правил, произошедшие в результате:

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

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

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

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

16.7.5. управления Застрахованным 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;

16.7.6. самоубийства или попытки самоубийства Застрахованного, за исключением случаев, когда Застрахованный был доведен до самоубийства преступными действиями третьих лиц. Страховщик не освобождается от страховой выплаты в случае смерти Застрахованного, если смерть наступила вследствие самоубийства и к этому времени Договор страхования действовал не менее двух лет;

16.7.7. умышленного причинения Застрахованным себе телесных повреждений.

16.8. Порядок осуществления страховой выплаты.

16.8.1. При наступлении страхового случая Страховщик обязан произвести страховую выплату Застрахованному (его наследникам по закону) в соответствии с условиями Договора страхования, 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.

16.8.2. Размер страховой выплаты составляет:

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

б) в случае физической травмы (увечья) страховой 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: 1-я – 100%, 2-я – 75%, 3-я – 50%. Применительно к страхованию детей применяется только понятие «инвалидности» без присвоения групп инвалидности, но с присвоением категории «ребенок-инвалид». Страховая выплата в данном случае составляет 100% страховой суммы.

Договором страхования может быть предусмотрен иной размер страховых выплат.

16.8.3. Страховая выплата производится:

- а) в случае травмы (увечья), инвалидности – Застрахованному;
- б) в случае смерти Застрахованного – наследникам Застрахованного по закону.

16.8.4. Для получения страховой выплаты Страховщику должны быть предоставлены следующие оригиналы документов:

а) В связи с травмой (увечьем):

- Страховой 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/региона временного пребывания; решение судебного органа; справка МЧС), выданного соответствующим органом МВД, МЧС, прокуратуры, суда, полиции, в пределах компетенции которого находится установление факта и обстоятельств соответствующего события, или копия документа, заверенного должностным лицом и печатью компетентного органа, страны/региона временного пребывания (для РФ – МВД, МЧС), прокуратуры (в случае необходимости, а именно: ДТП, пожар, противоправные действия);
- паспорт или документ, его заменяющий, удостоверяющий личность получателя страховой выплаты.

б) В случае смерти Застрахованного:

- Страховой 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 путем перечисления на расчетный счет), 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/региона временного пребывания (для РФ – ЗАГС) 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/региона временного пребывания;

решение судебного органа; справка МЧС), выданного соответствующим органом МВД, МЧС, прокуратуры, суда, полиции, в пределах компетенции которого находится установление факта и обстоятельств соответствующего события, или копия документа, заверенного должностным лицом и печатью компетентного органа, страны/региона временного пребывания (для РФ – МВД, МЧС), прокуратуры (в случае необходимости, а именно: ДТП, пожар, противоправные действия);

- 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, удостоверяющий личность получателя страховой выплаты.

в) В связи с постоянной утратой трудоспособности:

- Страховой полис;
- медицинский документ (справка, выписка) лечебного учреждения, подтверждающего наступление несчастного случая в момент действия Страхового 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 путем перечисления на расчетный счет), 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 листов 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/региона временного пребывания; решение судебного органа; справка МЧС), выданного соответствующим органом МВД, МЧС, прокуратуры, суда, полиции, в пределах компетенции которого находится установление факта и обстоятельств соответствующего события, или копия документа, заверенного должностным лицом и печатью компетентного органа, страны/региона временного пребывания (для РФ – МВД, МЧС), прокуратуры (в случае необходимости, а именно: ДТП, пожар, противоправные действия);
- паспорт или документ, его заменяющий, удостоверяющий личность получателя страховой выплаты (первый лист и лист с данными о месте прописки).

16.8.5. 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.

16.8.6. 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.

16.8.7. Страховщик в течение 15 (пятнадцати) банковских дней с момента получения от Застрахованного всех необходимых документов рассматривает Заявление на страховую выплату и принимает решение о страховой выплате либо отказе в страховой выплате.

16.8.7.1. Страховая выплата производится в течение 7 (семи) банковских дней (если Договором не предусмотрено иное) с момента принятия решения о страховой выплате.

16.8.8. Страховая выплата может быть произведена представителю Застрахованного или наследников по доверенности, оформленной в установленном законом порядке.

16.8.9. В целях установления обстоятельств события, обладающего признаками страхового случая, отсутствие которых не позволяет Страховщику принять решение о страховой выплате, Страховщик вправе направлять запросы в компетентные органы, о чем Страховщик уведомляет Страхователя (Застрахованного/Выгодоприобретателя). При этом срок для принятия решения о страховой выплате в случае направления Страховщиком запроса в компетентные органы приостанавливается, а период времени с момента направления запроса в компетентные органы и до момента получения Страховщиком ответа на него не включается в срок, предусмотренный пунктом 16.8.7.

16.8.10. После страховой выплаты страховая сумма по Договору страхования уменьшается на сумму данной страховой выплаты.

16.8.11. Если страховая сумма по соответствующему риску в Договоре страхования (Страховом полисе) установлена в валютном эквиваленте, то применяется курс ЦБ РФ на день страховой выплаты. Если курс ЦБ РФ на день страховой выплаты выше курса ЦБ РФ на день заявления Застрахованным о страховом случае в Сервисную компанию или Страховщику на 20% и более, то при расчете страховой выплаты применяется курс ЦБ РФ на день заявления Застрахованным о страховом событии в Сервисную компанию или Страховщику, увеличенный на 20%. В Договоре страхования (Страховом полисе) может быть установлено иное ограничение на величину изменения курса валют.

16.8.12. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю (Застрахованному) в письменной форме, с обоснованием причин, в течение трех рабочих дней после принятия решения об отказе.

16.8.13. Страховая выплата производится в денежной форме, в т.ч. путем безналичного перечисления денежных средств на банковский счет, указанный получателем страховой выплаты, или иным способом по согласованию Сторон.

17. РАЗДЕЛ 5. СТРАХОВАНИЕ ГРАЖДАНСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

17.1. Страховым случаем 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.

17.2. РАСХОДЫ, ВОЗМЕЩАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ

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

17.2.1.1. прямой реальный имущественный вред, причиненный Застрахованным 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);

17.2.1.2. 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.

В любом случае размер возмещения при наступлении страхового случая, предусмотренного п. 17.1 настоящих Правил, не может превышать лимита возмещения Страховщика по размеру таких расходов, установленного в Договоре страхования.

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

17.3. РАСХОДЫ, НЕ ВОЗМЕЩАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ

17.3.1. При наступлении в период Поездки случаев, перечисленных в п. 17.2.1, 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 переданного ему на попечение или в управление, для проведения любой торговой, профессиональной или деловой деятельности.

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

17.4.1. Для страховой выплаты Страхователь предоставляет Страховщику следующие документы:

17.4.1.1. заявление на страховую выплату установленной Страховщиком формы;

17.4.1.2. оригинал Страхового полиса;

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

17.4.2. Если в момент наступления страхового случая гражданская ответственность Страхователя была застрахована также и в других страховых организациях, Страховщик выплачивает страховую выплату лишь в размере, пропорциональном отношению лимита ответственности по заключенному им Договору к общей сумме обязательств по всем заключенным Страхователем договорам страхования указанной гражданской ответственности.

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

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

17.4.5. 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.

17.4.6. Страховщик в течение 15 (пятнадцати) банковских дней с момента получения от Застрахованного всех необходимых документов рассматривает Заявление на страховую выплату и принимает решение о страховой выплате либо отказе в страховой выплате.

17.4.6.1. Страховая выплата производится в течение 7 (семи) банковских дней (если Договором не предусмотрено иное) с момента принятия решения о страховой выплате.

17.4.7. Застрахованный самостоятельно осуществляет действия по получению дополнительных медицинских и иных документов, уточнению информации, имеющей отношение к страховому случаю.

17.4.8. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю (Застрахованному) в письменной форме, с обоснованием причин, в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия решения об отказе.

17.4.9. Страховая выплата производится Страховщиком пострадавшим третьим лицам, за исключением согласованных со Страховщиком случаев возмещения дополнительных расходов Страхователя в связи со страховым случаем.

17.4.10. В целях установления обстоятельств события, обладающего признаками страхового случая, отсутствие которых не позволяет Страховщику принять решение о страховой выплате, Страховщик вправе направлять запросы в компетентные органы, о чем Страховщик уведомляет Страхователя (Застрахованного/Выгодоприобретателя). При этом срок для принятия решения о страховой выплате в случае направления Страховщиком запроса в компетентные органы приостанавливается, а период времени с момента направления запроса в компетентные органы и до момента получения Страховщиком ответа на него не включается в срок, предусмотренный пунктом 17.4.6.

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

17.4.12. Страховая выплата производится в денежной форме, в т.ч. путем безналичного перечисления денежных средств на банковский счет, указанный получателем страховой выплаты, или иным способом по согласованию Сторон.

18. РАЗДЕЛ 6. СТРАХОВАНИЕ НА СЛУЧАЙ ПОТЕРИ ИЛИ КРАЖИ ПАСПОРТА И/ИЛИ ПРОЕЗДНЫХ ДОКУМЕНТОВ

18.1. Страховым случаем является потеря или кража следующих документов, принадлежащих Застрахованному:

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

18.1.2. проездные документы.

18.2. РАСХОДЫ, ПОКРЫВАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ

По страховым случаям, предусмотренным п. 18.1 настоящих Правил, Страховщик осуществляет страховые выплаты в пределах сумм, указанных в Договоре страхования, в размере расходов на замену (восстановление) утраченных документов. 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.

18.3. РАСХОДЫ, НЕ ПОКРЫВАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ

При наступлении в период нахождения за пределами постоянного места жительства случаев, перечисленных в п. 18.1, Страховщик не возмещает расходы по восстановлению документов, если:

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

18.3.2. 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;

18.3.3. 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 протокола в качестве его подтверждения;

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

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

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

18.4.1.1. заявление о страховом случае по установленной Страховщиком форме;

18.4.1.2. оригинал Страхового полиса;

18.4.1.3. полицейский протокол о потере паспорта/проездных документов;

18.4.1.4. подтверждение из посольства (консульства) о потере паспорта;

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

18.4.2. 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.

18.4.3. Страховщик в течение 15 (пятнадцати) банковских дней с момента получения от Застрахованного всех необходимых документов рассматривает Заявление на страховую выплату и принимает решение о страховой выплате либо отказе в страховой выплате.

18.4.3.1. Страховая выплата производится в течение 7 (семи) банковских дней (если Договором не предусмотрено иное) с момента принятия решения о страховой выплате.

18.4.4. Застрахованный самостоятельно осуществляет действия по получению дополнительных медицинских и иных документов, уточнению информации, имеющей отношение к страховому случаю.

18.4.5. В целях установления обстоятельств события, обладающего признаками страхового случая, отсутствие которых не позволяет Страховщику принять решение о выплате страхового возмещения, Страховщик вправе направлять запросы в компетентные органы (о чем Страховщик уведомляет Страхователя (Застрахованного/Выгодоприобретателя)). При этом срок для принятия решения о выплате страхового возмещения в случае направления Страховщиком запроса в компетентные органы приостанавливается, а период времени с момента направления запроса в компетентные органы и до момента получения Страховщиком ответа на него не включается в срок, предусмотренный п. 18.4.3.

18.4.6. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю (Застрахованному) в письменной форме, с обоснованием причин, в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия решения об отказе.

18.4.7. Если страховая сумма по соответствующему риску в Договоре страхования (Страховом полисе) установлена в валютном эквиваленте, то применяется курс ЦБ РФ на день страховой выплаты. Если курс ЦБ РФ на день страховой выплаты выше курса ЦБ РФ на день заявления Застрахованным о страховом случае в Сервисную компанию или Страховщику на 20% и более, то при расчете страховой выплаты применяется курс ЦБ РФ на день заявления Застрахованным о страховом событии в Сервисную компанию или Страховщику, увеличенный на 20%. В Договоре страхования (страховом полисе) может быть установлено иное ограничение на величину изменения курса валют.

18.4.8. Страховая выплата производится в денежной форме, в т.ч. путем безналичного перечисления денежных средств на банковский счет, указанный получателем страховой выплаты, или иным способом по согласованию Сторон.

19. РАЗДЕЛ 7. СТРАХОВАНИЕ РАСХОДОВ, СВЯЗАННЫХ С ПОЛУЧЕНИЕМ НЕОБХОДИМОЙ ПРАВОВОЙ (ЮРИДИЧЕСКОЙ) ПОМОЩИ ВО ВРЕМЯ ПРЕБЫВАНИЯ ЗА ПРЕДЕЛАМИ ПОСТОЯННОГО МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА

19.1. Страховым случаем 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:

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

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

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

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

19.2.2. оскорбления Застрахованным третьего лица.

19.3. РАСХОДЫ, ВОЗМЕЩАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ

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

19.3.1.1. 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.

19.3.1.2. 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.

19.3.1.3. Расходы 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.

19.3.2. Страховщик покрывает расходы, указанные в п. 19.3.1 настоящих Правил, связанные с организацией и предоставлением правовой (юридической) помощи Застрахованному через Сервисную компанию или иных лиц/организаций, имеющих со Страховщиком договорные отношения, в пределах страховой суммы, указанной в Договоре страхования.

19.3.3. Расходы, указанные в п. 19.3.1 настоящих Правил, оплачиваются Страховщиком непосредственно Сервисной компании или иным лицам/организациям, оказывающим Застрахованным правовую (юридическую) помощь и имеющих со Страховщиком договорные отношения.

19.3.4. Предусмотренные настоящими Правилами страховые выплаты не могут превышать страховую сумму, установленную в Договоре страхования.

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

19.4. РАСХОДЫ, НЕ ВОЗМЕЩАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ

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

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

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

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

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

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

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

19.5.1. При наступлении случая Застрахованному 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.

19.5.2. В случае нарушения Страхователем (Застрахованным) обязанностей, предусмотренных пунктом 19.5.1, Страховщик не покрывает расходы на предоставление правовой (юридической) помощи.

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

19.5.3.1. заявление о страховом случае по установленной Страховщиком форме;

19.5.3.2. оригинал Страхового полиса;

19.5.3.3. документ, удостоверяющий личность;

19.5.3.4. документы, подтверждающие расходы на оказание юридических услуг (договор на оказание юридических услуг, платежный документ, подтверждающий факт оплаты услуг).

19.5.4. 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.

19.5.5. Страховщик в течение 15 (пятнадцати) банковских дней с момента получения от Застрахованного всех необходимых документов рассматривает Заявление на страховую выплату и принимает решение о страховой выплате либо отказе в страховой выплате.

19.5.5.1. Страховая выплата производится в течение 7 (семи) банковских дней (если Договором не предусмотрено иное) с момента принятия решения о страховой выплате.

19.5.6. Застрахованный самостоятельно осуществляет действия по получению дополнительных медицинских и иных документов, уточнению информации, имеющей отношение к страховому случаю.

19.5.7. В целях установления обстоятельств события, обладающего признаками страхового случая, отсутствие которых не позволяет Страховщику принять решение о выплате страхового возмещения, Страховщик вправе направлять запросы в компетентные органы (о чем Страховщик уведомляет Страхователя (Застрахованного/Выгодоприобретателя)). При этом срок для принятия решения о выплате страхового возмещения в случае направления Страховщиком запроса в компетентные органы приостанавливается, а период времени с момента направления запроса в компетентные органы и до момента получения Страховщиком ответа на него не включается в срок, предусмотренный пунктом 19.5.5.

19.5.8. Если страховая сумма по соответствующему риску в Договоре страхования (Страховом полисе) установлена в валютном эквиваленте, то применяется курс ЦБ РФ на день страховой выплаты. Если курс ЦБ РФ на день страховой выплаты выше курса ЦБ РФ на день заявления Застрахованным о страховом случае в Сервисную компанию или Страховщику на 20% и более, то при расчете страховой выплаты применяется курс ЦБ РФ на день заявления Застрахованным о страховом событии в Сервисную компанию или Страховщику, увеличенный на 20%. В Договоре страхования (Страховом полисе) может быть установлено иное ограничение на величину изменения курса валют.

19.5.9. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю (Застрахованному) в письменной форме с обоснованием причин в течение трех рабочих дней после принятия решения об отказе.

19.5.10. Страховая выплата производится в денежной форме, в т.ч. путем безналичного перечисления денежных средств на банковский счет, указанный получателем страховой выплаты, или иным способом по согласованию Сторон.

20. РАЗДЕЛ 8. СТРАХОВАНИЕ НА СЛУЧАЙ ЗАДЕРЖКИ И/ИЛИ ОТМЕНЫ РЕЙСА

20.1. Страховым случаем в соответствии с настоящим разделом являются следующие события:

20.1.1. задержка регулярного авиа-, ж/д-, водного рейса, на который Застрахованный забронировал проезд, в конечном пункте отправления для выезда за пределы постоянного места жительства или к месту постоянного проживания на срок более 4 часов в связи с:

- а) забастовкой работников авиакомпании, аэропорта, ж/д, водного транспорта;
- б) неблагоприятными погодными условиями (туман, дождь, снегопад, шторм, гололед), препятствующих осуществлению рейса;
- в) механическими или техническими поломками авиатранспорта, ж/д транспорта, водного транспорта, на котором Застрахованный забронировал проезд;

20.1.2. отмена регулярного авиа-, ж/д-, водного рейса, на который Застрахованный забронировал проезд, в конечном пункте отправления для выезда за пределы постоянного места жительства или к месту постоянного проживания в связи с:

- а) неблагоприятными погодными условиями (туман, дождь, снегопад, шторм, гололед), препятствующих осуществлению рейса;
- б) механическими или техническими поломками авиатранспорта, ж/д транспорта, водного транспорта, на котором Застрахованный забронировал проезд;
- в) требованием государственных органов.

20.2. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

20.2.1. 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.

20.2.2. Застрахованный должен получить у перевозчиков (или их агентов) письменное подтверждение задержки и/или отмены с указанием длительности задержки и причины задержки и/или отмены рейса.

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

20.3. СЛУЧАИ И РАСХОДЫ, НЕ ПОКРЫВАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ

20.3.1. 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).

20.3.2. 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.

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

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

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

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

- заявление о страховом случае по установленной Страховщиком форме;
- документ, удостоверяющий личность Застрахованного;
- оригинал Страхового полиса;
- проездной документ (билет);
- официальное письмо транспортной компании, подтверждающее факт задержки и/или отмены рейса транспортного средства, с указанием причины и продолжительности задержки и/или отмены;

- официальное письмо транспортной компании, подтверждающее выплату компенсации расходов в связи с задержкой рейса или отказ от выплаты компенсации расходов.

20.4.2. Страховая выплата осуществляется:

20.4.2.1. При задержке рейса: 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 (четырех) часов, но не более страховой суммы, установленной Договором страхования. Если по факту задержки рейса Застрахованный получил возмещение от третьих лиц, Страховщик оплачивает лишь разницу между суммой, подлежащей оплате по Договору страхования, и суммой, полученной от третьих лиц.

20.4.2.2. При отмене рейса: расходы на приобретение нового авиабилета экономического класса (или аналогичного экономическому классу – для перевозки иными видами транспорта) для совершения или завершения запланированной поездки, за вычетом сумм, возвращенных перевозчиком Страхователю (Застрахованному) при возврате (аннулировании) билетов.

20.4.3. Договором страхования может быть предусмотрен иной порядок страховых выплат.

20.4.4. 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.

20.4.5. Страховщик в течение 15 (пятнадцати) банковских дней с момента получения от Застрахованного всех необходимых документов рассматривает Заявление на страховую выплату и принимает решение о страховой выплате либо отказе в страховой выплате.

20.4.5.1. Страховая выплата производится в течение 7 (семи) банковских дней (если Договором не предусмотрено иное) с момента принятия решения о страховой выплате.

20.4.6. Застрахованный самостоятельно осуществляет действия по получению дополнительных медицинских и иных документов, уточнению информации, имеющей отношение к страховому случаю.

20.4.7. В целях установления обстоятельств события, обладающего признаками страхового случая, отсутствие которых не позволяет Страховщику принять решение о выплате страхового возмещения, Страховщик вправе направлять запросы в компетентные органы (о чем Страховщик уведомляет Страхователя (Застрахованного/Выгодоприобретателя)). При этом срок для принятия решения о выплате страхового возмещения в случае направления Страховщиком запроса в компетентные органы приостанавливается, а период времени с момента направления запроса в компетентные органы и до момента получения Страховщиком ответа на него не включается в срок, предусмотренный пунктом 20.4.5.

20.4.8. Если страховая сумма по соответствующему риску в Договоре страхования (страховом полисе) установлена в валютном эквиваленте, то применяется курс ЦБ РФ на день страховой выплаты. Если курс ЦБ РФ на день страховой выплаты выше курса ЦБ РФ на день заявления Застрахованным о страховом случае в Сервисную компанию или Страховщику на 20% и более, то при расчете страховой выплаты применяется курс ЦБ РФ на день заявления Застрахованным о страховом событии в Сервисную компанию или Страховщику, увеличенный на 20%. В Договоре страхования (Страховом полисе) может быть установлено иное ограничение на величину изменения курса валют.

20.4.9. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю (Застрахованному) в письменной форме, с обоснованием причин, в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия решения об отказе.

20.4.10. Страховая выплата производится в денежной форме, в т.ч. путем безналичного перечисления денежных средств на банковский счет, указанный получателем страховой выплаты, или иным способом по согласованию Сторон.

ТАБЛИЦА СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

(в процентах от страховой суммы)

| Ст. | Характер повреждения или его последствия | % |
|--|--|-----|
| КОСТИ ЧЕРЕПА, НЕРВНАЯ СИСТЕМА | | |
| 1. | Перелом костей черепа: | |
| (а) | Свода | 15 |
| (б) | Основания | 20 |
| (в) | Свода и основания | 30 |
| 2. | Внутричерепные травматические кровоизлияния: | |
| (а) | Субарахноидальные | 7 |
| (б) | Эпидуральная гематома | 10 |
| (в) | Субдуральная или внутримозговая гематома | 20 |
| (г) | 2 и более кровоизлияния или гематомы | 30 |
| 3. | Повреждение головного мозга: | |
| (а) | Ушиб | 7 |
| (б) | Сотрясение | 1 |
| <i>Примечания: 1. Если в связи с черепно-мозговой травмой проводились оперативные вмешательства на костях черепа, головном мозге и его оболочках, дополнительно выплачивается 2% страховой суммы однократно. 2. В том случае, когда в результате одной травмы наступят повреждения, перечисленные в одной статье, страховая выплата производится по одному из подпунктов, учитывающему наиболее тяжелое повреждение. При повреждениях, указанных в разных статьях, страховая выплата производится с учетом каждого из них путем суммирования.</i> | | |
| 4. | Повреждение нервной системы, повлекшее за собой: | |
| (а) | Воспаление головного мозга, его оболочек, эпилепсию | 7 |
| (б) | Парез одной конечности (монопарез) | 7 |
| (в) | Парез двух конечностей (геми- или парапарез) | 20 |
| (г) | Паралич одной конечности (моноплегию) | 30 |
| (д) | Парез всех конечностей (тетрапарез), нарушение координации движений, нарушение функции тазовых органов | 40 |
| (е) | Паралич двух конечностей (геми-параплегию), слабоумие | 60 |
| (ж) | Паралич всех конечностей (тетраплегию), отсутствие функции коры головного мозга (декортикацию) | 100 |
| <i>Примечания: 1. Страховая выплата в связи с последствиями травмы нервной системы, указанными в ст. 4, производится по одному из подпунктов, учитывающему наиболее тяжелые последствия повреждения, в том случае, если они установлены лечебно-профилактическим учреждением не ранее трех месяцев со дня травмы, подтверждены справкой этого учреждения и данными врачебно-страховой экспертизы. При этом страховая выплата производится с учетом характера повреждения и его последствий по соответствующим статьям путем суммирования. 2. При понижении слуха и остроты зрения в результате черепно-мозговой травмы страховая выплата производится с учетом этой травмы и указанных осложнений по соответствующим статьям путем суммирования.</i> | | |
| 5. | Периферическое повреждение одного или нескольких черепно-мозговых нервов | 5 |
| <i>Примечание: Если повреждение черепно-мозговых нервов наступило при переломе основания черепа, страховая выплата производится по ст. 1; ст. 5 при этом не применяется.</i> | | |
| 6. | Повреждение спинного мозга, конского хвоста: | |
| (а) | Ушиб | 5 |
| (б) | Сдавление, частичный разрыв | 20 |
| (в) | Полный разрыв | 100 |
| (г) | Сотрясение | 1 |
| <i>Примечание: Если в связи с травмой спинного мозга проводились оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 5% страховой суммы однократно.</i> | | |
| 7. | Повреждение нервных сплетений и их нервов, повлекшее за собой: | |
| (а) | Нарушение рефлексов, гипотрофию, легкие двигательные расстройства, а также нарушение чувствительности | 3 |
| (б) | Значительные нарушения движений в суставах, атрофию мышц | 20 |
| (в) | Резкие нарушения движений в суставах | 35 |
| (г) | Отсутствие движений в суставах, резкие нарушения трофики, трофические язвы | 55 |
| <i>Примечания: 1. Страховая выплата в связи с последствиями травмы нервных сплетений и их нервов, указанными в ст. 7, производится по одному из подпунктов, учитывающему наиболее тяжелые последствия повреждения, в том случае, если они установлены лечебно-профилактическим учреждением не ранее трех месяцев со дня травмы, подтверждены справкой этого учреждения и данными врачебно-страховой экспертизы. При этом страховая выплата производится с учетом характера повреждения и его последствий по соответствующим статьям путем суммирования. 2. Если в связи с травмой нервных сплетений или нервных стволов производились оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 2% страховой суммы однократно.</i> | | |

| ОРГАНЫ ЗРЕНИЯ | | | |
|---|--|---------------------|-------------------|
| 8. | Перелом орбиты, в том числе перелом скуло-орбитального комплекса | 10 | |
| 9. | Гифема (кровоизлияние в переднюю камеру) | 1 | |
| 10. | Повреждение одного глаза (однократно по поводу одной травмы и только по одному из подпунктов, в котором указано наиболее тяжелое повреждение): | | |
| 10.1 | контузия глазного яблока без разрыва оболочек или состояние после удаления поверхностно лежащего инородного тела, потребовавшие непрерывного лечения в течение 10 дней и более, гемофтальм (кровоизлияние в стекловидное тело), ожоги II степени, непроникающее (поверхностное) ранение конъюнктивы, роговицы (травматическая эрозия), склеры, сквозное ранение века, в т.ч. указанные выше повреждения, сопровождающиеся травматическим конъюнктивитом, кератитом | 5 | |
| 10.2 | проникающее (в полость глазного яблока) ранение и/или повреждение слезопроводящих путей, контузия глазного яблока с разрывом оболочек, ожоги III (II-III) степени | 10 | |
| <i>Примечание: Страховая выплата, предусмотренная пунктами раздела 10, не суммируется. Размер страховой выплаты по каждому из пунктов при одной травме не может превышать размера, указанного в пункте, учитывающем наиболее тяжелое повреждение (последствие повреждения).</i> | | | |
| 11. | Последствия травмы одного глаза, подтвержденные окулистом (офтальмологом): | | |
| 11.1 | по истечении одного месяца после травмы: иридоциклит и/или хориоретинит, нарушение функции слезопроводящих путей, симпатическое воспаление здорового глаза | 5 | |
| 11.2 | по истечении трех месяцев после травмы: дефект радужной оболочки и/или изменение формы зрачка, смещение хрусталика (за исключением протезированного), трихиаз (неправильный рост ресниц), неудаленные инородные тела, внедрившиеся в глазное яблоко и ткани глазницы (исключая лежащие на поверхности), атрофия (субатрофия) поврежденного неудаленного глазного яблока (при удалении применяется пункт 12.1) – каждое осложнение | 10 | |
| 12. | Оперативные вмешательства на одном глазном яблоке, его мышцах, слезопроводящих путях: | | |
| 12.1 | удаление глазного яблока, независимо от состояния зрения до травмы (при условии, что не применялся пункт 11.2) | 10 | |
| 12.2 | первичная хирургическая обработка при ранении (разрыве) оболочек глазного яблока – проникающем ранении, повреждении слезопроводящих путей, мышц, удаление инородных тел, внедрившихся в глазное яблоко и ткани глазницы, исключая лежащие на поверхности, в т.ч. причинившие поверхностные повреждения, не требующие оперативного лечения (однократно при одной травме, независимо от количества операций) | 7 | |
| Ст. | <u>Характер повреждения или его последствия</u> | % | |
| 13. | Повреждение глаза (глаз), повлекшее за собой полную потерю зрения единственного глаза, обладавшего любым зрением, или обоих глаз, обладавших зрением не ниже 0.01 | 100 | |
| 14. | Снижение остроты зрения для любого глаза: | | |
| | До травмы | После травмы | Выплата, % |
| | 1.0 – 0.9 | 0.6 – 0.5 | 5 |
| | | 0.4 – 0.3 | 10 |
| | | 0.2 | 15 |
| | | 0.1 | 20 |
| | | ниже 0.1 | 25 |
| | | 0.0 | 50 |
| | 0.8 | 0.5 – 0.4 | 5 |
| | | 0.3 – 0.2 | 10 |
| | | 0.1 | 15 |
| | | ниже 0.1 | 20 |
| | | 0.0 | 40 |
| | | 0.4 | 5 |
| | 0.7 | 0.3 – 0.2 | 10 |
| | | 0.1 | 15 |
| | | ниже 0.1 | 20 |
| | | 0.0 | 40 |
| | 0.6 | 0.3 | 5 |
| | | 0.2 | 10 |
| | | 0.1 | 15 |
| | | ниже 0.1 | 20 |
| | | 0.0 | 25 |

| | | | |
|--|-----------|----------|----|
| | 0.5 | 0.2 | 5 |
| | | 0.1 | 10 |
| | | ниже 0.1 | 20 |
| | | 0.0 | 25 |
| | 0.4 | 0.2 | 5 |
| | | 0.1 | 10 |
| | | ниже 0.1 | 15 |
| | | 0.0 | 20 |
| | 0.3 | 0.1 | 5 |
| | | ниже 0.1 | 10 |
| | | 0.0 | 15 |
| | 0.2 – 0.1 | ниже 0.1 | 10 |
| | | 0.0 | 15 |
| | ниже 0.1 | 0.0 | 15 |

Примечания: 1. К полной слепоте (0.0) приравнивается острота зрения ниже 0.01 и до светоощущения (счет пальцев у лица). Решение о выплате страховой суммы в связи со снижением в результате травмы остроты зрения или другими осложнениями принимается после окончания решения, но не ранее трех месяцев со дня травмы. По истечении этого срока Застрахованный направляется к врачу-окулисту для определения остроты зрения обоих глаз без учета коррекции и других последствий перенесенного повреждения. В таких случаях решение принимается на основании заключения специалиста.

ОРГАНЫ СЛУХА

| | | |
|------------|--|-----|
| 15. | Повреждение ушной раковины: | |
| (а) | Потеря не менее половины ушной раковины | 6 |
| (б) | Перелом хряща ушной раковины | 0.2 |
| 16. | Повреждение, повлекшее за собой полную потерю слуха с одной стороны | 10 |
| 17. | Разрыв одной барабанной перепонки, наступивший в результате травмы, независимо от ее вида | |
| (а) | при консервативном лечении | 3 |
| (б) | при односторонней тимпанопластике дополнительно (однократно) | 3 |

Примечание: При разрыве барабанной перепонки в результате перелома основания черепа страховая выплата не производится.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

| | | |
|------------|---|----|
| 18. | Повреждение органов дыхания, повлекшее за собой легочную недостаточность по истечении трех месяцев со дня травмы: | |
| (а) | Умеренно выраженную (одышка при незначительной физической нагрузке, учащение пульса) | 4 |
| (б) | Значительно выраженную (одышка, синюшность лица при незначительной физической нагрузке, снижение артериального давления, увеличение печени, пульсация в подложечной области) | 15 |
| (в) | Резко выраженную (одышка при покое, усиливающаяся при незначительной физической нагрузке, синюшность, застойные явления в легких, мраморность кожи, расширение сети венотных сосудов) | 50 |
| 19. | Проникающее ранение грудной клетки: | |
| (а) | Без повреждения органов | 10 |
| (б) | С повреждением органов | 25 |

Примечание: В тех случаях, когда в результате проникающего ранения грудной клетки наступит нарушение функции дыхания, страховая выплата производится по ст. 18.

| Ст. | Характер повреждения или его последствия | % |
|------------|--|----|
| 20. | Повреждение, повлекшее за собой удаление: | |
| (а) | Части легкого | 30 |
| (б) | Одного легкого | 50 |

Примечание: При выплате страховой суммы по ст. 20 ст. 18 не применяется.

| | | |
|------------|---|----|
| 21. | Повреждение носа: | |
| (а) | Повреждение, повлекшее за собой отсутствие носового дыхания с одной стороны | 7 |
| (б) | Перелом костей носа | 1 |
| 22. | Переломы ребер: | |
| (а) | Одного-двух, перелом грудины | 3 |
| (б) | Трех-пяти | 5 |
| (в) | Каждого следующего за пятым ребра | 3 |
| 23. | Деформация грудной клетки в результате множественных переломов ребер, грудины, повлекшая за собой ограничение ее подвижности при акте дыхания: | |
| (а) | Умеренное | 5 |
| (б) | Значительное | 10 |
| (в) | Резкое | 25 |

Примечание: Страховая выплата по ст. 23 производится дополнительно к страховой выплате, произведенной в связи с переломами ребер, грудины.

| | | |
|--|--|----------|
| 24. | Повреждение гортани, трахеи, подъязычной кости, щитовидного хряща, повлекшее за собой: | |
| (а) | Осиплость или потерю голоса, ношение трахеотомической трубки в течение не менее трех месяцев после травмы | 10 |
| (б) | Потерю голоса, ношение трахеотомической трубки в течение не менее шести месяцев после травмы | 20 |
| (в) | Постоянное (более девяти месяцев) ношение трахеотомической трубки | 50 |
| <i>Примечание: Если в связи с повреждением органов дыхательной системы проводились оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 3% страховой суммы однократно.</i> | | |
| СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА | | |
| 25. | Повреждение сердца, его оболочки и крупных магистральных сосудов, не повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность | 15 |
| 26. | Повреждение сердца, его оболочки и крупных магистральных сосудов, повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность: | |
| (а) | I степени (учащение пульса, одышка после физической нагрузки, увеличение размеров сердца, отеки) | 25 |
| (б) | II степени (выраженная одышка, застойные явления в легких и в печени, постоянные отеки, набухание вен шеи) | 50 |
| (в) | III степени (нарушение ритма дыхания, застойные явления в легких, выпот в сердечной сорочке, асцит, цирроз печени) | 90 |
| 27. | Повреждение крупных периферических сосудов, не повлекшее за собой нарушение кровообращения конечности: | |
| (а) | На уровне плеча, бедра | 10 |
| (б) | На уровне предплечья, голени | 5 |
| 28. | Повреждение крупных периферических сосудов, повлекшее за собой нарушение кровообращения конечностей: | |
| (а) | Умеренное (легкая отечность, снижение пульсации) | 5 |
| (б) | Значительное (выраженная отечность, синюшность, резкое ослабление пульсации) | 15 |
| (в) | Резкое (лимфостаз, трофические нарушения, язвы) | 20 |
| <i>Примечания: 1. К крупным магистральным сосудам следует относить: аорту, легочную, безымянную, сонную артерию, внутренние яремные вены, верхнюю и нижнюю полые вены, воротную вену, а также магистральные сосуды, обеспечивающие кровоснабжение внутренних органов. К крупным периферическим сосудам следует относить: подключичные, подмышечные, плечевые, локтевые и лучевые артерии, подвздошные, бедренные, подколенные, передние и задние больше берцовые артерии, плечеголовые, подключичные, подмышечные, бедренные и подколенные вены. 2. Если в связи с повреждением сердца, его оболочки или крупных сосудов проводились операции, то дополнительно выплачивается 3% страховой суммы однократно.</i> | | |
| ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ | | |
| 29. | Повреждение челюсти: | |
| (а) | Перелом скуловой кости | 7 |
| (б) | Перелом или вывих челюсти | 7 |
| (в) | Двойной перелом челюсти (в том числе двусторонний) | 12 |
| <i>Примечания: 1. При переломах верхней и нижней челюсти, а также при переломе обеих скуловых костей страховая выплата производится с учетом повреждения каждой из них путем суммирования. 2. При переломах верхней челюсти и скуловой кости страховая выплата производится в однократном размере. 3. Если в связи с травмой челюстей или скуловых костей проводились оперативные вмешательства, то дополнительно выплачивается 1% страховой суммы однократно. 4. При двустороннем переломе одной челюсти страховая выплата производится однократно.</i> | | |
| 30. | Повреждение челюсти, повлекшее за собой отсутствие: | |
| (а) | Части челюсти | 30 |
| (б) | Челюсти | 50 |
| <i>Примечания: 1. При выплате страховой суммы в связи с отсутствием челюсти или ее части учтена и потеря зубов, независимо от их количества. 2. В тех случаях, когда травма челюсти сопровождалась повреждением других органов ротовой полости, процент страховой суммы, подлежащий выплате, определяется с учетом этих повреждений по соответствующим статьям путем суммирования. 3. При выплате страховой суммы по ст. 30 дополнительная страховая выплата за оперативные вмешательства не производится.</i> | | |
| Ст. | Характер повреждения или его последствия | % |
| 31. | Повреждение языка, повлекшее за собой отсутствие: | |
| (а) | Кончика языка | 3 |
| (б) | Дистальной трети языка | 12 |
| (в) | Языка на уровне трети | 25 |
| (г) | Языка на уровне корня или полное отсутствие языка | 70 |
| 32. | Потеря в результате травмы каждого зуба | 0.5 |
| <i>Примечания: 1. При повреждении в результате травмы протезов зубов (несъемных) страховая выплата не производится. 2. При повреждении молочных зубов у детей в возрасте до 5 лет страховая выплата производится на общих основаниях. 3. При переломе челюсти с потерей зубов страховая выплата производится по ст. 29 и 32 путем суммирования. 4. При переломе или отломе не менее ¼ коронки зуба страховая выплата производится в таком же размере, как при потере зуба. 5. В том случае, если удаленный в связи с травмой зуб будет имплантирован, страховая выплата производится на общих основаниях. Если в дальнейшем такой зуб будет удален, дополнительная выплата не производится.</i> | | |

| | | |
|---|--|-----------|
| 33. | Повреждение (ранение, разрыв, ожог) глотки, пищевода, желудка, кишечника, не повлекшее за собой функциональных нарушений | 5 |
| 34. | Повреждение (ранение, разрыв, ожог) пищевода, вызвавшее: | |
| (а) | Сужение пищевода | 15 |
| (б) | Непроходимость пищевода (при наличии гастротомы), а также состояние после пластики пищевода | 65 |
| <i>Примечание: Процент страховой суммы, подлежащий выплате по ст. 34, определяется не ранее, чем через шесть месяцев со дня травмы. Ранее этого срока страховая выплата производится предварительно по ст. 28.</i> | | |
| 35. | Повреждение органов пищеварения, повлекшее за собой: | |
| (а) | Холецистит, дуоденит, гастрит, панкреатит, энтерит, колит, проктит, парапроктит и т. п. | 10 |
| (б) | Спаечную болезнь (состояние после операции по поводу спаечной непроходимости), рубцовое сужение (деформацию) желудка, кишечника, заднепроходного отверстия | 20 |
| (в) | Кишечный свищ, кишечно-влагалищный свищ, свищ поджелудочной железы | 40 |
| (г) | Противоестественный задний проход (колостома) | 70 |
| <i>Примечания: 1. При осложнениях травмы, перечисленных в подпунктах «а» и «б» ст. 35, страховая выплата производится по истечении трех месяцев после травмы, а при перечисленных в подпунктах «в» и «г» – по истечении шести месяцев после травмы. Ранее этих сроков страховая выплата производится по ст. 33, и этот процент не вычитается при принятии окончательного решения. 2. Если в результате травмы возникли осложнения, перечисленные в одном подпункте ст. 35, страховая выплата производится однократно. Однако, если возникли патологические изменения, перечисленные в разных подпунктах, страховая выплата производится по каждому из них путем суммирования.</i> | | |
| 36. | Грыжа передней брюшной стенки или диафрагмы, образовавшаяся в результате травмы или операции, произведенной по поводу травмы | 7 |
| <i>Примечания: 1. Страховая выплата по ст. 36 производится дополнительно к страховой сумме, определенной в связи с травмой органов живота, если грыжа явилась прямым последствием этой травмы. 2. Грыжи, возникшие в результате поднятия тяжести, не дают оснований для выплаты страховой суммы.</i> | | |
| 37. | Повреждение печени, повлекшее за собой: | |
| (а) | Подкапсульный разрыв печени, не потребовавший оперативного вмешательства, гепатит, гепатоз | 15 |
| (б) | Ушивание разрывов печени или удаление желчного пузыря | 15 |
| (в) | Ушивание разрывов печени и удаление желчного пузыря | 25 |
| (г) | Удаление части печени | 30 |
| (д) | Удаление части печени и желчного пузыря | 45 |
| 38. | Повреждение селезенки, приведшее к ее удалению | 15 |
| 39. | Повреждение органов пищеварения, повлекшее за собой: | |
| (а) | Образование ложной кисты поджелудочной железы | 10 |
| (б) | Резекцию желудка, кишечника, поджелудочной железы | 20 |
| (в) | Удаление желудка | 50 |
| 40. | Повреждение органов живота, в связи с которыми произведены: | |
| (а) | Лапаротомия при подозрении на повреждении органов (в том числе с лапароскопией и лапароцентезом) | 10 |
| (б) | Лапаротомия при повреждении органов | 20 |
| (в) | Повторные лапаротомии, независимо от их количества | 10 |
| <i>Примечания: 1. Если страховая выплата производится по ст. 37-39, то ст. 40 (кроме подпункта «в») не применяется. 2. Если при лапаротомии будет установлено, что был поврежден болезненно измененный орган и произведено частичное или полное его удаление в связи с имевшимся ранее заболеванием, то страховая выплата производится только по ст. 40 «а». 3. Если в результате одной травмы будут повреждены различные органы брюшной полости, из которых один или несколько будут удалены, а другой (другие) ушиты, то страховая выплата производится по соответствующим статьям и ст. 40 «б» однократно.</i> | | |
| МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА | | |
| 41. | Повреждение почки, повлекшее за собой: | |
| (а) | Подкапсульный разрыв почки, не потребовавший оперативного вмешательства | 7 |
| (б) | Ушивание почки | 15 |
| (в) | Удаление части почки | 25 |
| (г) | Удаление почки | 50 |
| 42. | Повреждение органов мочевыделительной системы, повлекшее за собой: | |
| (а) | Цистит, уретрит, острую почечную недостаточность | 10 |
| (б) | Пиелит, пиелонефрит, пиелостит, уменьшение объема мочевого пузыря | 10 |
| Ст. | Характер повреждения или его последствия | % |
| (в) | Гломерулонефрит, сужение мочеточника, мочеиспускательного канала | 23 |
| (г) | Хроническую почечную недостаточность | 35 |
| (д) | Непроходимость мочеточника, мочеиспускательного канала, мочеполовые свищи | 50 |
| <i>Примечания: 1. Если в результате травмы наступит нарушение функции нескольких органов мочевыделительной системы, страховая выплата производится по одному из подпунктов ст. 42, учитывающему наиболее тяжелое повреждение. 2. Страховая выплата в связи с осложнениями, перечисленными в подпунктах «а», «б», «в» и «д» ст. 42, производится в том случае, если указанные осложнения имеются по истечении трех месяцев после травмы. Ранее этого срока страховая выплата производится по ст. 41 или 43.</i> | | |
| 43. | Повреждение органов мочевыделительной системы, в связи с которым произведено оперативное вмешательство: | |
| (а) | Цистостомия | 7 |

| | | |
|---|--|----|
| (б) | При подозрении на повреждение органов | 9 |
| (в) | При повреждении органов | 20 |
| (г) | Повторные операции, произведенные в связи с травмой, независимо от их количества | 3 |
| <i>Примечание: Если страховая выплата в связи с операцией на почке производится по ст. 41 («б», «в», «г»), то ст. 43 при этом не применяется.</i> | | |
| 44. | Повреждение органов мочеполовой системы, повлекшее за собой: | |
| (а) | Удаление яичника (маточной трубы) или яичка | 15 |
| (б) | Удаление матки у женщин в возрасте: | |
| | До 40 лет | 30 |
| | С 40 до 50 лет | 20 |
| | 50 лет и старше | 15 |
| (в) | Удаление части полового члена | 15 |
| (г) | Удаление полового члена (в том числе и с обоими яичками) | 40 |
| 45. | Оперативные вмешательства, проведенные в связи с травмой органов мочевыделительной и половой системы, не указанные в статьях 41-44 | 3 |
| МЯГКИЕ ТКАНИ | | |
| 46. | Повреждение мягких тканей лица, передне-боковой поверхности шеи, подчелюстной области, повлекшее за собой после заживления нарушение косметики: | |
| (а) | Легкое (образование рубцов с площадью от 1 кв. см до 5 кв. см) | 2 |
| (б) | Умеренное (образование рубцов с площадью от 5 до 10 кв. см) | 7 |
| (в) | Значительное (образование рубцов с площадью от 11 до 20 кв. см) | 15 |
| (г) | Резкое (образование рубцов с площадью от 21 до 30 кв. см) | 30 |
| (д) | Обезображение (образование рубцов с площадью от 31 кв. см) | 50 |
| <i>Примечания: 1. К косметически заметным относятся рубцы, отличающиеся по окраске от окружающей кожи, выступающие над ее поверхностью, стягивающие ткани. 2. Обезображение – резкое изменение естественного вида лица в результате механического, химического, термического и других насильственных воздействий. 3. Если в связи с повреждением костей лицевого черепа производились операции, и на лице образовались рубцы, нарушающие косметику, страховая выплата производится с учетом и перелома, и послеоперационного рубца путем суммирования. 4. Если нарушение косметики наступило в результате переломов костей лицевого черепа, то страховая выплата производится по соответствующим статьям путем суммирования. 5. Решение о выплате страховой суммы в связи с повреждением мягких тканей принимается с учетом данных освидетельствования, проведенного после заживления раневых поверхностей, но не ранее 1 месяца после травмы.</i> | | |
| 47. | Повреждение мягких тканей волосистой части головы, туловища, конечностей, повлекшее за собой образование рубцов площадью: | |
| (а) | От 1 кв. см до 2 кв. см | 1 |
| (б) | От 2 кв. см до 3 кв. см | 2 |
| (в) | От 3 кв. см до 5 кв. см | 3 |
| (г) | От 5 см до 0.5% поверхности тела | 4 |
| (д) | От 0.5 до 2% поверхности тела | 5 |
| (е) | От 2 до 4% поверхности тела | 7 |
| (ж) | От 4 до 6% поверхности тела | 10 |
| (з) | От 6 до 8% поверхности тела | 15 |
| (и) | От 8 до 10% поверхности тела | 20 |
| (к) | От 10 до 15% поверхности тела | 25 |
| (л) | 15 и более % поверхности тела | 35 |
| <i>Примечания: 1. 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 верхушки ногтевой фаланги III пальца на ее ширину, измеряемую на уровне головок II-IV пястных костей (без учета I пальца). 2. При определении площади рубцов или пигментных пятен следует учитывать и рубцы (пятна), образовавшиеся на месте взятия для замещения пораженного участка кожи кожного трансплантата. 3. При выплате страховой суммы с учетом оперативного вмешательства выплата за послеоперационный рубец не производится. 4. Если повреждение мягких тканей волосистой части головы, туловища, конечностей не привело к образованию рубцов и потребовалось обращение в лечебное учреждение, выплата производится в размере 1% от страховой суммы однократно. Если в результате повреждения, а именно укуса животного, потребовалась вакцинация, то производится дополнительная выплата в размере 1%. 5. Решение о выплате страховой суммы в связи с повреждением мягких тканей принимается с учетом данных освидетельствования, проведенного после заживления раневых поверхностей, но не ранее 1 месяца после травмы.</i> | | |
| 48. | Повреждение мягких тканей туловища и конечностей, повлекшее за собой образование пигментных пятен площадью: | |
| (а) | От 1 до 3% | 1 |
| (б) | От 3 до 6% | 3 |
| (в) | От 6 до 10% | 7 |
| (г) | 10% и более | 10 |

| | | |
|--|--|-----------|
| <i>Примечание: Общая сумма выплат по ст. 47 и 48 не должна превышать 30%.</i> | | |
| 49. | Ожоговая болезнь, ожоговый шок | 15 |
| 50. | Мышечная грыжа, посттравматический периостит, разрыв мышц, сухожилий, взятие мышечного или фасциального трансплантата для пров. пласт. операции в связи с травмой, неудаленные инородные тела мягких тканей | 10 |
| <i>Примечание: Решение о выплате страховой суммы по ст. 50 принимается на основании данных освидетельствования, проведенного не ранее чем через 1 месяц после травмы.</i> | | |
| ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНЫЙ АППАРАТ | | |
| Позвоночник | | |
| 51. | Перелом, перелома-вывих, подвывих или вывих тел, дужек, суставных отростков позвонков (за исключением крестца и копчика): | |
| (а) | Одного-двух | 10 |
| (б) | Трех-пяти | 20 |
| (в) | Шести и более | 30 |
| 52. | Нарушение функции позвоночника (за исключением крестца и копчика) | 10 |
| <i>Примечание: Страховая выплата по ст. 52 производится в том случае, если травма позвоночника повлечет за собой нарушение его функции и это будет установлено при освидетельствовании, проведенном не ранее шести месяцев после травмы. Эта выплата является дополнительной. До указанного срока выплата страховой суммы производится по ст. 51.</i> | | |
| 53. | Перелом отростков позвонков (остистых и поперечных): | |
| (а) | Одного-двух | 5 |
| (б) | Трех и более | 10 |
| 54. | Перелом крестца, копчика, вывих, подвывих копчиковых позвонков | 5 |
| <i>Примечания: 1. Если в связи с травмой позвоночника производились оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 2% страховой суммы однократно. 2. В том случае, если травма позвоночника сопровождается повреждением спинного мозга, страховая выплата производится с учетом обоих повреждений путем суммирования. 3. Если в результате травмы произойдет перелом не только тела позвонка, но и его отростков, а также и повреждение связок, страховая выплата производится по статье, предусматривающей наиболее тяжелое повреждение однократно. 4. Если в результате одной травмы наступит перелом (вывих) позвонков любого отдела позвоночника, а также крестца или копчика, страховая выплата производится по ст. 51, 53, и 54 путем суммирования.</i> | | |
| Верхняя конечность | | |
| 55. | Перелом лопатки, ключицы, разрыв акромиально-ключичного или грудино-ключичного сочленений | 5 |
| 56. | Повреждения области плечевого сустава: | |
| (а) | Разрыв сухожилий, капсулы сустава, отрывы костных фрагментов, большого бугорка плечевой кости, перелом суставной впадины лопатки | 5 |
| (б) | Вывих плеча | 7 |
| (в) | Перелом головки, анатомической, хирургической шейки плеча | 7 |
| (г) | Переломо-вывих плеча | 10 |
| <i>Примечание: При сочетании различных повреждений плечевого сустава страховая выплата производится однократно в соответствии с одним из подпунктов ст. 56, предусматривающим наиболее тяжелое повреждение.</i> | | |
| 57. | Перелом плечевой кости на любом уровне (за исключением области локтевого и плечевого сустава) | 10 |
| 58. | Повреждения области плечевого сустава и плеча, повлекшие за собой: | |
| (а) | Умеренное ограничение движений в плечевом суставе (отведение плеча вперед и в сторону 120-150°, отведение назад 20-30°) | 3 |
| (б) | Значительное ограничение движений в плечевом суставе (отведение плеча вперед или в сторону – 75-115°, отведение назад 10-15°) | 7 |
| (в) | Резкое ограничение движений в плечевом суставе (отведение плеча вперед или в сторону – менее 75°, отведение назад менее 10°) | 15 |
| (г) | Отсутствие движений в плечевом суставе | 20 |
| (д) | Привычный вывих плеча (см. прим. 3) | 5 |
| (е) | «Болтающийся» плечевой сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей | 20 |
| (ж) | Несросшийся перелом (ложный сустав) плеча (см. прим. 5) | 5 |
| <i>Примечания: 1. Страховая выплата по ст. 58 производится дополнительно к страховой сумме, выплаченной в связи с травмой области плечевого сустава в том случае, если указанные осложнения будут установлены врачебно-страховой экспертизой по истечении шести месяцев после травмы. 2. В том случае, если в связи с травмой области плечевого сустава и плеча будут произведены оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 2% страховой суммы однократно. При этом дополнительная выплата за взятие трансплантата не производится. 3. Страховая выплата в связи с привычным вывихом плеча производится лишь в том случае, если он наступил в результате первичного вывиха, происшедшего в период страхования. Диагноз первичного вывиха должен быть подтвержден лечебным учреждением, в котором производилось вправление. При рецидивах привычного вывиха плеча страховая выплата не производится. 4. В норму объем движений в плечевом суставе составляет: отведение плеча вперед или в сторону – 180°, отведение назад – 40-60° (отсчет ведется от 0°). 5. Страховая выплата в связи с несросшимся переломом (ложным суставом) плеча производится, если это осложнение травмы будет подтверждено клиническими и рентгенологическими данными по истечении 9 месяцев после травмы. Несросшиеся внутрисуставные переломы и отрывы костных фрагментов не дают оснований для выплаты страховой суммы по ст. 58 «ж». В таких случаях решение принимается с учетом состояния функции сустава.</i> | | |
| 59. | Ампутация верхней конечности: | |
| (а) | Плеча на любом уровне | 40 |

| | | |
|--|--|----------|
| (б) | Плеча с лопаткой, ключицей или их частью | 50 |
| (в) | Единственной конечности на уровне плеча | 85 |
| <i>Примечание: Если страховая выплата производится по ст. 59, дополнительная выплата за оперативное вмешательство и послеоперационные рубцы не производится.</i> | | |
| 60. | Повреждения области локтевого сустава: | |
| (а) | Перелом, вывих лучевой или локтевой кости, гемартроз (прим. 2), отрывы костных фрагментов (в т.ч. надмыщелков плеча) | 2 |
| (б) | Вывих предплечья | 5 |
| (в) | Внутрисуставной перелом плечевой кости | 7 |
| <i>Примечания: 1. В том случае, если в результате травмы локтевого сустава наступят переломы разных костей или их вывих, страховая выплата производится с учетом каждого повреждения путем суммирования. 2. При проведении пункции сустава и получения из его полости геморрагического содержимого не является оперативным вмешательством.</i> | | |
| Ст. | Характер повреждения или его последствия | % |
| 61. | Перелом кости(ей) предплечья на любом уровне диафиза (кроме области суставов) | 5 |
| 62. | Повреждение области локтевого сустава или предплечья, повлекшее за собой: | |
| (а) | Умеренное ограничение движений в локтевом суставе (сгибание – 50-60°, разгибание – 170-160°) | 2 |
| (б) | Значительное ограничение движений в локтевом суставе (сгибание – 65-90°, разгибание 155-140°) | 5 |
| (в) | Резкое ограничение движений в локтевом суставе (сгибание – менее 90°, разгибание – менее 140°) | 10 |
| (г) | Отсутствие движений в локтевом суставе | 15 |
| (д) | «Болтающийся» локтевой сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей | 30 |
| (е) | Несросшийся перелом (ложный сустав) одной кости предплечья (см. прим. 4) | 5 |
| <i>Примечания: 1. Страховая выплата по ст. 62 производится дополнительно к страховой сумме, выплаченной в связи с повреждениями области локтевого сустава или предплечья, в том случае, если указанные осложнения будут установлены врачебно-страховой экспертизой по истечении 6 месяцев после травмы. 2. В том случае, если в связи с травмой области локтевого сустава или предплечья будут проведены оперативные вмешательства (за исключением первичной хирургической обработки и удаления инородных тел), дополнительно выплачивается 2% страховой суммы однократно. 3. В норме объем движений в локтевом суставе составляет: разгибание – 175-180°, сгибание – 30-45°. 4. Страховая выплата в связи с несросшимся переломом (ложным суставом) костей предплечья производится, если это осложнение травмы будет подтверждено клиническими и рентгенологическими данными по истечении 9 месяцев после травмы. Несросшиеся внутрисуставные переломы и отрывы костных фрагментов не дают оснований для выплаты страховой суммы по ст. 62 «е». В таких случаях решение принимается с учетом состояния функции сустава.</i> | | |
| 63. | Ампутация предплечья: | |
| (а) | На любом уровне | 35 |
| (б) | На уровне локтевого сустава | 45 |
| (в) | Единственной верхней конечности | 100 |
| <i>Примечание: Если страховая выплата производится по ст. 63, дополнительная выплата за оперативные вмешательства и послеоперационные рубцы не производится.</i> | | |
| 64. | Повреждения области лучезапястного сустава (дистального метафиза (эпиметафиза, эпифиза), «в типичном месте»): | |
| (а) | Перелом лучевой или локтевой кости | 2 |
| (б) | Перелом лучевой кости и отрыв шиловидного отростка локтевой | 5 |
| (в) | Перелом кости (костей) запястья (кроме ладьевидной) | 7 |
| (г) | Перелом ладьевидной кости | 10 |
| (д) | Переломо-вывих или вывих кисти | 10 |
| 65. | Повреждение области лучезапястного сустава, повлекшее за собой: | |
| (а) | Умеренное ограничение движений в лучезапястном суставе (сгибание и разгибание – 30-40°) | 2 |
| (б) | Значительное ограничение движений в лучезапястном суставе (сгибание и разгибание – 20-25°) | 5 |
| (в) | Резкое ограничение движений в лучезапястном суставе (сгибание и разгибание – 0-15°) | 7 |
| (г) | Отсутствие движений в лучезапястном суставе | 12 |
| (д) | Несросшийся перелом (ложный сустав) ладьевидной кости (см. прим. 4) | 10 |
| <i>Примечания: 1. Страховая выплата по ст. 65 производится дополнительно к страховой сумме, выплаченной в связи с повреждениями области лучезапястного сустава в том случае, если указанные осложнения травмы будут установлены врачебно-страховой экспертизой по истечении 6 месяцев после травмы. 2. Если в связи с травмой области лучезапястного сустава проводились оперативные вмешательства – 1% страховой суммы однократно. 3. В норме объем движений в лучезапястном суставе составляет: сгибание и разгибание – 50-70°. 4. Страховая выплата в связи с несросшимся переломом (ложным суставом) ладьевидной кости производится в том случае, если это осложнение травмы будет подтверждено клиническими и рентгенологическими данными по истечении 6 месяцев после травмы. 5. Если в результате одной травмы наступят повреждения, перечисленные в разных подпунктах ст. 64, страховая выплата производится с учетом каждого из них путем суммирования.</i> | | |
| 66. | Перелом пястной кости | 2 |
| <i>Примечание: Если в связи с травмой пястной кости проводились оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 1% страховой суммы однократно.</i> | | |
| 67. | Ампутация кисти на уровне: | |
| (а) | Пястных костей, запястья или лучезапястного сустава | 40 |
| (б) | Кисти единственной руки | 100 |
| <i>Примечание: При выплате страховой суммы по ст. 67 дополнительная выплата за оперативные вмешательства и послеоперационные рубцы не производится.</i> | | |
| 68. | Повреждения 1 пальца: | |

| | | |
|---|--|-----------|
| (а) | Перелом, вывих фаланги (фаланг) пальца, повреждение сухожилия разгибателя, сухожилия сгибателя за одно повреждение | 5 |
| (б) | Сочетание 2 повреждений, указанных в подпункте «а» настоящего пункта | 7 |
| (в) | Сочетание 3 и более повреждений, указанных в подпункте «а» настоящего пункта | 10 |
| Ампутация на уровне: | | |
| (г) | Ногтевой фаланги | 5 |
| (д) | Межфалангового сустава | 7 |
| (е) | Основной фаланги, или пястно-фалангового сустава | 10 |
| (ж) | Пястной кости | 20 |
| <i>Примечание: Если страховая выплата производится в связи с ампутацией пальца, дополнительная выплата за оперативное вмешательство и послеоперационные рубцы не производится.</i> | | |
| 69. | Повреждение 1 пальца, повлекшее за собой: | |
| (а) | Ограничение движений в каждом суставе | 2 |
| (б) | Отсутствие движений в каждом суставе | 5 |
| <i>Примечания: 1. Страховая выплата по ст. 69 производится дополнительно к страховой сумме, выплаченной в связи с травмой 1 пальца в том случае, если указанные осложнения травмы будут установлены врачебно-страховой экспертизой по истечении 6 месяцев после травмы. 2. Если в связи с травмой 1 пальца проводились оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 1% страховой суммы однократно.</i> | | |
| 70. | Повреждение 2, 3, 4 или 5 пальца: | |
| (а) | Перелом, вывих фаланги (фаланг) пальца, повреждение сухожилия разгибателя, сухожилия сгибателя за одно повреждение | 5 |
| (б) | сочетание 2 повреждений, указанных в подпункте «а» настоящего пункта | 7 |
| (в) | сочетание 3 и более повреждений, указанных в подпункте «а» настоящего пункта | 10 |
| Ст. | <u>Характер повреждения или его последствия</u> | % |
| Ампутация на уровне: | | |
| (г) | Ногтевой фаланги, потеря фаланги | 5 |
| (д) | Средней фаланги, потеря двух фаланг | 10 |
| (е) | Основной фаланги, потеря пальца | 10 |
| (ж) | Пястной кости | 20 |
| <i>Примечание: Если страховая выплата производится в связи с ампутацией пальца, дополнительная выплата за оперативное вмешательство и послеоперационные рубцы не производится.</i> | | |
| 71. | Повреждение пальца (2, 3, 4, 5), повлекшее за собой: | |
| (а) | Ограничение движений в каждом суставе | 2 |
| (б) | Отсутствие движений в каждом суставе | 4 |
| <i>Примечания: 1. Страховая выплата по ст. 71 производится дополнительно к страховой сумме, выплаченной в связи с травмой пальца в том случае, если указанные осложнения травмы будут установлены врачебно-страховой экспертизой по истечении 6 месяцев после травмы. 2. Если в связи с повреждениями пальцев, перечисленными в ст. 70, проводились оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 1% страховой суммы однократно. 3. При повреждении в результате травмы нескольких пальцев кисти страховая выплата производится с учетом каждого повреждения, однако размер ее не должен превышать 60% для одной кисти и 100% для единственной кисти или обеих кистей.</i> | | |
| Таз | | |
| 72. | Повреждение таза: | |
| (а) | Отрыв костного фрагмента | 3 |
| (б) | Перелом одной кости или разрыв одного сочленения | 7 |
| <i>Примечание: Если в результате одной травмы наступают повреждения, перечисленные в ст. 72, страховая выплата производится с учетом каждого из них путем суммирования.</i> | | |
| Нижняя конечность | | |
| 73. | Повреждения тазобедренного сустава: | |
| (а) | Отрыв костного фрагмента (фрагментов) | 3 |
| (б) | Изолированный перелом вертела (вертелов) | 7 |
| (в) | Вывих бедра | 7 |
| (г) | Перелом головки, шейки, вертлужной впадины (в том числе с центральным вывихом бедра) | 10 |
| <i>Примечание: В том случае, если в результате одной травмы наступают различные повреждения тазобедренного сустава, страховая выплата производится с учетом каждого из них путем суммирования.</i> | | |
| 74. | Перелом бедра на любом уровне (за исключением области суставов) | 15 |
| 75. | Повреждения таза, тазобедренного сустава или бедра, повлекшие за собой: | |
| (а) | Ограничение движений в тазобедренном суставе | 5 |
| (б) | Отсутствие движений в тазобедренном суставе | 12 |
| (в) | Несросшийся перелом (ложный сустав) (см. прим. 3) | 18 |
| (г) | Эндопротезирование | 15 |
| (д) | «Болтающийся» тазобедренный сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей | 22 |

| | | |
|---|--|----------|
| <i>Примечания: 1. Страховая выплата по ст. 75 производится дополнительно к страховой сумме, выплаченной в связи с травмой таза, тазобедренного сустава или бедра, если указанные осложнения будут установлены врачебно-страховой экспертизой по истечении 9 месяцев после травмы. 2. Если в связи с травмой таза, тазобедренного сустава или бедра проводились оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 5% страховой суммы однократно, за исключением эндопротезирования, предусмотренного подпунктом 75 «г». 3. Страховая выплата в связи с несросшимся переломом (ложным суставом) производится в том случае, если это осложнение травмы будет подтверждено клиническими и рентгенологическими данными по истечении 9 месяцев после травмы.</i> | | |
| 76. | Ампутация бедра на любом уровне: | |
| (а) | Одной конечности | 60 |
| (б) | Единственной конечности | 85 |
| <i>Примечание: Если страховая выплата производится в связи с ампутацией бедра, дополнительная выплата за оперативные вмешательства и послеоперационные рубцы не производится.</i> | | |
| 77. | Повреждения коленного сустава: | |
| (а) | Перелом надмыщелка (надмыщелков) бедра, отрыв костного фрагмента (фрагментов), перелом межмыщелкового возвышения большеберцовой кости | 5 |
| (б) | Повреждение мениска (менисков), полный разрыв связки (связок) | 5 |
| (в) | Перелом или вывих надколенника | 7 |
| (г) | Перелом мыщелка (мыщелков) большеберцовой кости | 10 |
| (д) | Перелом мыщелка (мыщелков) бедра | 15 |
| (е) | Гемартроз (прим. 3) | 2 |
| <i>Примечания: 1. Если в связи с повреждением коленного сустава проводились оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 2% страховой суммы. 2. При сочетании различных повреждений коленного сустава страховая выплата производится однократно в соответствии с одним из подпунктов ст. 77, предусматривающим наиболее тяжелое повреждение. 3. При проведении пункции сустава и получения из его полости геморрагического содержимого не является оперативным вмешательством.</i> | | |
| 78. | Повреждение коленного сустава, повлекшее за собой отсутствие движений в суставе | 15 |
| 79. | Повреждение коленного сустава, повлекшее за собой «болтающийся» коленный сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей | 25 |
| 80. | Перелом костей голени (за исключением области суставов) | |
| (а) | Малоберцовой, отрывы костных фрагментов | 5 |
| (б) | Большеберцовой, двойной перелом малоберцовой | 10 |
| (в) | Обеих костей, двойной перелом большеберцовой | 15 |
| <i>Примечания: 1. Страховая выплата по ст. 80 определяется при: переломах малоберцовой кости в верхней и средней трети; переломах диафиза большеберцовой кости на любом уровне; переломах большеберцовой кости в области диафиза (верхняя, средняя, нижняя треть) и переломах малоберцовой кости в верхней и средней трети. 2. Если в связи с травмой костей голени (за исключением области суставов) проводились оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 2% страховой суммы однократно.</i> | | |
| 81. | Ампутация голени на уровне: | |
| (а) | Верхней, средней или нижней трети | 40 |
| (б) | Коленного сустава (экзартикуляция) | 50 |
| (в) | Единственной конечности на уровне голени или коленного сустава | 100 |
| <i>Примечание: Если страховая выплата производится по ст. 80, дополнительная выплата за оперативные вмешательства и послеоперационные рубцы не производится.</i> | | |
| Ст. | Характер повреждения или его последствия | % |
| 82. | Повреждения голеностопного сустава: | |
| (а) | Разрывы капсулы, связок (без подвывихов и вывихов), потребовавшие непрерывного лечения продолжительностью не менее 3 недель, либо оперативного лечения, отрывы костных фрагментов, не сочетающиеся с иными костными повреждениями, перелом (отрыв) верхушки наружной лодыжки, эпифизеолиз наружной лодыжки | 4 |
| (б) | Разрыв дистального межберцового синдесмоза с подвывихом или вывихом стопы, перелом края (краев) большеберцовой кости, перелом внутренней лодыжки, перелом наружной лодыжки, дистальный эпифизеолиз большеберцовой кости, перелом малоберцовой кости | 5 |
| (в) | Сочетание 2 повреждений, указанных в подпункте «б» настоящего пункта | 7 |
| (г) | Сочетание 3 повреждений, указанных в подпункте «б» настоящего пункта | 10 |
| (д) | Более 3 повреждений, указанных в подпункте «б» настоящего пункта | 14 |
| 83. | Повреждение ахиллова сухожилия | 7 |
| 84. | Повреждение стопы: | |
| (а) | Перелом (вывих) одной кости (за исключением пяточной и таранной) | 2 |
| (б) | Перелом пяточной или таранной кости | 4 |
| <i>Примечание: Если в результате одной травмы стопы наступят повреждения, перечисленные в ст. 84, страховая выплата производится с учетом каждого из них путем суммирования.</i> | | |
| 85. | Повреждения голени, голеностопного сустава или стопы, повлекшие за собой: | |
| (а) | Умеренное ограничение движений в голеностопном суставе | 1 |
| (б) | Значительное ограничение движений в голеностопном суставе | 4 |
| (в) | Резкое ограничение движений в голеностопном суставе | 7 |
| (г) | Отсутствие движений в голеностопном суставе | 10 |

| | | |
|--|--|-----|
| (д) | Отсутствие движений (артродез) в одном из суставов стопы: подтаранном, поперечном суставе предплюсны (Шопара) или предплюсно-плюсневом (Лисфранка) | 10 |
| (е) | Несросшийся перелом (ложный сустав) кости (костей) голеностопного сустава или стопы (см. прим. 3) | 7 |
| <i>Примечания: 1. Страховая выплата по ст. 84 производится дополнительно к страховой сумме, выплаченной в связи с травмой голени, голеностопного сустава или стопы, если указанные осложнения травмы будут установлены врачебно-страховой экспертизой по истечении 6 месяцев после травмы. 2. Если в связи с травмой голеностопного сустава или стопы проводились оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 2% страховой суммы однократно. 3. Страховая выплата в связи с несросшимся переломом (ложным суставом) производится в том случае, если это осложнение будет подтверждено клиническими и рентгенологическими данными по истечении 6 месяцев после травмы.</i> | | |
| 86. | Ампутация стопы на уровне: | |
| (а) | Голеностопного сустава | 25 |
| (б) | Таранной или пяточной кости | 18 |
| (в) | Предплюсны или плюсневых костей | 14 |
| <i>Примечание: Если страховая выплата производится по ст. 86, дополнительная выплата за оперативные вмешательства и послеоперационные рубцы не производится.</i> | | |
| 87. | Перелом, вывих фаланги (фаланг), повреждение сухожилия (сухожилий) одного пальца | 1 |
| <i>Примечания: 1. Если в результате травмы наступят различные повреждения пальца, страховая выплата производится с учетом каждого из них путем суммирования. 2. Если в связи с переломом (вывихом) или повреждением сухожилий пальца (пальцев) проводились оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 0.5% страховой суммы однократно.</i> | | |
| 88. | Ампутация пальца стопы на уровне: | |
| (а) | Ногтевой или средней фаланги | 1 |
| (б) | Основной фаланги | 3 |
| (в) | Плюсневой кости | 5 |
| <i>Примечание: В том случае, если страховая выплата производится по ст. 88, дополнительная выплата за оперативные вмешательства и послеоперационные рубцы не производится.</i> | | |
| <i>Примечание к статьям 51-88: Повторные переломы (рефрактуры) одной и той же кости, наступившие: на уровне кисти и стопы (в т.ч. пальцев), лучезапястного сустава, предплечья, локтевого сустава, голеностопного сустава, голени и в области ключицы, лопатки, грудной клетки до истечения двух месяцев после первичного, в области плеча, плечевого сустава, коленного сустава, бедра, тазобедренного сустава, и таза до истечения четырех месяцев не дают оснований для страховой выплаты. По истечении указанных сроков и до истечения года со дня первичного перелома в связи с повторным переломом может быть выплачено только 50% страховой выплаты, предусмотренной при переломе здоровой кости.</i> | | |
| ПРОЧИЕ ТРАВМЫ И ОСЛОЖНЕНИЯ | | |
| 89. | Повреждение связок (вне зависимости от локализации) | 1 |
| 90. | Отрыв ногтевой пластинки (пластинок) одного пальца кисти или стопы | 0.1 |
| 91. | Патологический перелом | 0.5 |
| 92. | Перелом культи: | |
| (а) | Непротезированной конечности | 1 |
| (б) | Протезированной конечности | 3 |
| 93. | Травматический, геморрагический, анафилактический шок | 1.2 |
| 94. | Лимфостаз, тромбоз, тромбоз, нарушение трофики | 0.4 |
| 95. | Травматический остеомиелит | 1 |
| <i>Примечания: 1. Выплата страховой суммы по ст. 93 производится дополнительно к выплатам, произведенным в связи с травмой. 2. Выплата страховой суммы по ст. 94 производится в том случае, если указанные осложнения наступят в результате травмы конечностей (за исключением повреждения сосудов и нервов) и будут установлены врачебно-страховой экспертизой по истечении 6 месяцев после травмы.</i> | | |
| 96. | Заболевание клещевым энцефалитом: | |
| (а) | Легкое, продолжительность заболевания до 30 дней | 5 |
| (б) | Тяжелое, продолжительность заболевания свыше 30 дней | 10 |
| <i>Примечание: Выплата страховой суммы по ст. 96 производится только по страхованию детей (до 17 лет)</i> | | |
| 97. | Случайное острое отравление (в т.ч. если оно наступило в результате укусов ядовитых змей, ядовитых насекомых), механическая асфиксия (удушьё), поражение электротоком, атмосферным электричеством (молнией), столбняк, ботулизм – без учета возможных поражений конкретных органов и систем, которые дают основание для дополнительной страховой выплаты: | |
| (а) | При непрерывном лечении от 5 до 15 дней | 1 |
| (б) | При непрерывном лечении от 16 до 30 дней | 3 |
| (в) | При непрерывном лечении свыше 30 дней | 10 |
| <i>Примечание: Не относится к случайным острым отравлениям намеренное отравление (намеренное употребление, независимо от дозы) алкоголем и наркотическими веществами, токсичными веществами, ядами, лекарственными средствами, превышающими дозу, назначенную врачом.</i> | | |

УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом Генерального директора
САО «РЕСО-Гарантия»
Раковщика Д.Г.
№ 62 от 09 марта 2023 года
(действуют с 01 апреля 2023 года)

ПРАВИЛА
СТРАХОВАНИЯ РАСХОДОВ,
ВОЗНИКШИХ ВСЛЕДСТВИЕ ОТМЕНЫ ПОЕЗДКИ ИЛИ ИЗМЕНЕНИЯ СРОКОВ
ПРЕБЫВАНИЯ В ПОЕЗДКЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила страхования расходов, возникших вследствие отмены поездки или изменения сроков пребывания в поездке (далее по тексту – Правила), составлены в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

1.2. На основании настоящих Правил САО «РЕСО-Гарантия» заключает Договоры страхования расходов, возникших вследствие отмены поездки или изменения сроков пребывания в поездке. Правила страхования являются неотъемлемой частью Договоров страхования.

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

1.4. Письма и уведомления, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Выгодоприобретателя) в соответствии с настоящими Правилами страхования, считаются направленными надлежащим образом при соблюдении одного из следующих условий:

- 1) уведомление в письменном виде передано Страхователю (Выгодоприобретателю) на руки или направлено почтовым отправлением по адресу, указанному в Договоре страхования или ином документе с контактными данными, поданном Страхователем (Выгодоприобретателем);
- 2) уведомление направлено в виде электронного письма на адрес электронной почты, указанный в Договоре страхования или ином документе с контактными данными, поданном Страхователем (Выгодоприобретателем);
- 3) уведомление направлено в виде СМС-сообщения по номеру телефона, указанному в Договоре страхования или ином документе с контактными данными, поданном Страхователем (Выгодоприобретателем), или в виде электронного сообщения Страхователю с использованием мобильного приложения;
- 4) уведомление размещено в личном кабинете Страхователя на сайте Страховщика, о чем Страхователь проинформирован по электронной почте, путем направления СМС-сообщения или электронного сообщения с использованием мобильного приложения.

В случае изменения адресов, номеров телефонов и (или) реквизитов Страхователь (Выгодоприобретатель) обязуется в срок не позднее 3 (трех) рабочих дней с момента такого изменения известить об этом Страховщика. Если Страховщик не был извещен об изменении адреса и (или) реквизитов другой стороны в указанный срок, то все уведомления и извещения, направленные Страхователю (Выгодоприобретателю) по прежнему известному адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ

2.1. **Страховщик** – Страховое Акционерное Общество «РЕСО-Гарантия» – юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации и имеющее лицензию на осуществление страховой деятельности.

2.2. **Страхователь** – юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования. Страхователь вправе заключать Договоры страхования как в свою пользу, так и в пользу третьих лиц (Застрахованных). В случае если Договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного.

2.3. Застрахованными по настоящим Правилам могут быть только физические лица.

2.4. **Туроператор** – юридическое лицо, осуществляющее деятельность по формированию, продвижению и реализации туристского продукта.

2.5. **Туристическое агентство** – юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, осуществляющие деятельность по продвижению и реализации туристского продукта.

2.6. **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,
- требует реабилитационного лечения,
- требует поддерживающего медикаментозного лечения,
- может повлечь частичную (остаточную) нетрудоспособность,
- может потребовать длительного периода наблюдения, курации врачом, обследования, ухода.

2.7. **Стационарное лечение** – организация круглосуточной медицинской помощи и ухода за больными, помещенными в специально оборудованное медицинское учреждение и имеющее лицензию на данный вид деятельности, на срок от 2 суток.

2.8. **Близкими родственниками** по настоящим Правилам признаются отец и мать, законные супруг (супруга), дети (в том числе и усыновленные, отданные на попечение или опеку), родные сестры и братья, бабушка, дедушка, внуки.

2.9. **Регион постоянного проживания** – территория, расположенная в пределах административной границы населенного пункта, являющегося для Застрахованного местом преимущественного или постоянного проживания, а также территории в радиусе 300 км от населенного пункта.

2.10. **Место преимущественного проживания** – территория, на которой Застрахованный постоянно проживает не менее 180 дней в течение 12 месяцев, предшествующих страховому случаю.

2.11. **Оригинал документа** – документ, составленный на бланке согласно установленной форме, имеющий удостоверяющие реквизиты (подпись, печать) и дату.

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

2.13. **Туристский продукт** – комплекс услуг, работ, товаров, необходимых для удовлетворения потребностей туриста в период его туристского путешествия, включает в себя: транспорт, услуги размещения, трансфер, визовую поддержку, услуги по экскурсионному обслуживанию.

2.14. **Карантин** — комплекс ограничительных административных и медико-санитарных мероприятий, проведение которых позволяет предупреждать занос и распространение карантинных (опасных) заболеваний, вводимый в отношении конкретного Застрахованного лица на основании постановлений/предписаний/документов служб медико-санитарного надзора и контроля государства.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Страхователя (Застрахованного), связанные с материальным ущербом вследствие отмены поездки или изменения сроков пребывания в поездке (т.е. досрочного возвращения или задержки с возвращением из поездки) по причинам, связанным со страховым случаем.

4. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

4.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

4.2. Страховым случаем является событие, предусмотренное Договором страхования, в результате которого возникает обязанность Страховщика выплатить страховое возмещение.

4.3. Дата страхового случая:

4.3.1. по п.п. 4.4.1-4.4.9 настоящих Правил считается дата начала предполагаемой поездки Застрахованного;

4.3.2. по п. 4.4.10 настоящих Правил считается дата возвращения в страну постоянного проживания;

4.3.3. по п. 4.4.11 настоящих Правил считается дата окончания запланированной поездки.

4.4. Страховыми случаями признаются следующие события, произошедшие после вступления Договора страхования в силу, повлекшие возникновение материального ущерба и подтвержденные документами, выданными компетентными органами:

4.4.1. невозможность Застрахованного совершить предполагаемую поездку по причине нахождения Застрахованного на дату начала поездки на стационарном лечении вследствие расстройства здоровья, травмы, возникшей в результате несчастного случая, или смерти Застрахованного;

4.4.2. невозможность Застрахованного или его близкого родственника совершить предполагаемую поездку при травме, возникшей в результате несчастного случая, сопровождающейся переломом костей (кости), произошедшей до начала поездки и приведшей к необходимости амбулаторного лечения, но только в том случае, если есть медицинские противопоказания для осуществления запланированной поездки;

4.4.3. невозможность Застрахованного или его близкого родственника совершить предполагаемую поездку вследствие заболевания инфекционными заболеваниями: корь, краснуха, ветряная оспа, скарлатина, дифтерия, коклюш, эпидемический паротит, инфекционный мононуклеоз, если иной перечень не установлен Договором страхования. По данному риску устанавливается временная франшиза длительностью 21 календарный день с даты заключения Договора страхования, если иное не установлено в Договоре страхования. Временная франшиза – предусматривает, что Страховщик освобождается от ответственности по страховым случаям, если срок действия оговоренного обстоятельства, могущего привести к наступлению страхового случая, был менее установленного;

4.4.4. невозможность Застрахованного совершить предполагаемую поездку по причине нахождения близкого родственника Застрахованного на дату начала поездки на стационарном лечении вследствие внезапного расстройства здоровья, травмы, возникшей в

результате несчастного случая или смерти близкого родственника Застрахованного;

4.4.5. невозможность Застрахованного совершить предполагаемую поездку по причине нахождения близкого родственника супруга (супруги) Застрахованного на дату начала поездки на стационарном лечении вследствие внезапного расстройства здоровья или смерти близкого родственника супруга (супруги) Застрахованного;

4.4.6. невозможность Застрахованного совершить предполагаемую поездку по причине решения консульства об отказе в визе либо несвоевременной выдачи консульским учреждением въездной визы (после даты начала запланированной поездки) Застрахованному или его близким родственникам. Для цели признания события страховым случаем в соответствии с настоящим пунктом Правил страхования решение об отказе в выдаче визы должно быть принято до начала поездки в отношении самого Застрахованного или его близкого родственника (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 и/или аннулировании выданной ранее визы в страну (страны) предполагаемой поездки или стран единой визовой зоны. Отказ должен быть подтвержден отметкой в загранпаспорте Застрахованного и/или письмом консульского учреждения;

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

4.4.8. невозможность Застрахованного совершить предполагаемую поездку вследствие повреждения или гибели недвижимого имущества или транспортных средств, принадлежащих самому Застрахованному, произошедших 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, отопительных систем, возникших в период действия Договора страхования,
- в) причинения вреда имуществу Застрахованного третьими лицами при условии, что причинение вреда произошло в период действия Договора страхования;

4.4.9. невозможность Застрахованного совершить предполагаемую поездку в связи с нахождением на карантине;

4.4.10. досрочное возвращение Застрахованного в страну постоянного проживания из поездки по причине нахождения близкого родственника Застрахованного на стационарном лечении после даты начала поездки вследствие внезапного расстройства здоровья или смерти его близкого родственника;

4.4.11. задержка возвращения Застрахованного или его близкого родственника из поездки после окончания срока поездки, вызванная внезапным расстройством здоровья, потребовавшим стационарного лечения, или по причине их смерти.

4.5. Если в Договоре страхования не оговорено иное, то страхование по Договору производится по одному из следующих вариантов:

4.5.1. Вариант 1 – при страховании по данному Варианту страховыми случаями являются события, указанные в п.п. 4.4.1-4.4.11 настоящих Правил;

4.5.2. Вариант 2 – при страховании по данному Варианту страховыми случаями являются события, указанные в п.п. 4.4.1, 4.4.2, 4.4.6 настоящих Правил;

4.5.3. Вариант 3 – при страховании по данному Варианту страховыми случаями являются события, указанные в п.п. 4.4.1-4.4.2 настоящих Правил;

4.5.4. Вариант 4 – при страховании по данному Варианту страховыми случаями являются события, указанные в пунктах п.п. 4.4.1, 4.4.4-4.4.8, 4.4.10 настоящих Правил.

Вариант страхования определяется в Договоре страхования по соглашению между Страховщиком и Страхователем.

4.6. Если туристическая поездка была оформлена на двух лиц, имеющих действующий Договор страхования со Страховщиком по страхованию расходов, вследствие отмены поездки или изменения сроков пребывания в поездке, при условии их совместного проживания в одном номере, что подтверждено документально, и в отношении одного из двух лиц, совершающих совместную поездку, Страховщиком был признан факт страхового случая по основаниям в п.п. 4.4.1-4.4.11 настоящих Правил, событие признается страховым случаем и в отношении второго лица, совершающего совместную поездку с Застрахованным.

4.6.1. Если туристическая поездка была оформлена в отношении несовершеннолетних детей и одного сопровождающего их близкого родственника, имеющих действующий Договор страхования по страхованию расходов, вследствие отмены поездки или изменения сроков пребывания в поездке (договор должен быть заключен и в отношении несовершеннолетних детей, и в отношении сопровождающего), и в отношении сопровождающего лица Страховщиком был признан факт наступления страхового случая по основаниям п.п. 4.4.1-4.4.11 настоящих Правил, событие признается наступившим и в отношении несовершеннолетних детей, которые лишаются возможности совершить совместную с сопровождающим лицом поездку.

4.7. События, указанные в п.п. 4.4.1-4.4.11 настоящих Правил, не являются страховыми случаями, если они произошли в связи с:

4.7.1. забастовками, в т.ч. консульских служб; военными действиями и их последствиями, народными волнениями, восстаниями, мятежами, массовыми беспорядками, актами терроризма и их последствиями;

4.7.2. актами любых органов власти и управления;

4.7.3. стихийными бедствиями и их последствиями, эпидемиями, карантином, метеоусловиями (если иное не предусмотрено Договором страхования);

4.7.4. воздействием ядерного взрыва, радиации и радиоактивного или иного вида заражения;

4.7.5. умышленными действиями Застрахованного, его близкого родственника, близкого родственника супруга (супруги) Застрахованного или заинтересованных третьих лиц, направленных на наступление страхового случая;

4.7.6. совершением Застрахованным, его близким родственником, близким родственником супруга (супруги) Застрахованного противоправного деяния, находящегося в прямой причинной связи с наступлением страхового случая;

4.7.7. самоубийством (покушением на самоубийство) Застрахованного, его близкого родственника, близкого родственника супруга (супруги) Застрахованного;

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

4.7.9. невыполнением или ненадлежащим выполнением обязательств Туроператором;

4.7.10. несоблюдением требований консульских служб, предъявляемых при оформлении виз для совершения зарубежной поездки;

4.7.11. подготовкой документов для оформления въездной визы лицом, не являющимся туроператором по Договору о реализации туристского продукта;

- 4.7.12. неправильно оформленным паспортом (или иным документом, удостоверяющим личность), проездными документами, туристическим ваучером и иными документами Застрахованного;
- 4.7.13. повторным решением консульского учреждения об отказе во въездной визе вне зависимости от даты предыдущего отказа и/или аннулировании выданной ранее визы;
- 4.7.14. отказом Застрахованного и/или его близкого родственника от госпитализации.
- 4.8. События, указанные в п.п. 4.4.1-4.4.5, 4.4.9-4.4.11, не являются страховыми случаями, если расстройство здоровья, травма произошли при:
- 4.8.1. алкогольном, наркотическом или токсическом опьянении Застрахованного, его близкого родственника, близкого родственника супруга (супруги) Застрахованного;
- 4.8.2. беременности вне зависимости от ее срока, хронических заболеваниях, онкологических заболеваниях, их обострениях и осложнениях у Застрахованного, его близкого родственника, близкого родственника супруга (супруги) Застрахованного, *даже если лечение ранее не проводилось и больной не знал о наличии данного заболевания* (если иное не предусмотрено Договором страхования);
- 4.8.3. психических заболеваниях, депрессиях, эпилепсии у Застрахованного, его близкого родственника, близкого родственника супруга (супруги) Застрахованного;
- 4.8.4. при управлении транспортным средством самим Застрахованным либо передаче 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;
- 4.8.5. самолечении, назначении и проведении лечения членом семьи Застрахованного;
- 4.8.6. лечении, проводимом в рамках дневного стационара;
- 4.8.7. возникновении любого расстройства здоровья, связанного с оказанием стоматологической помощи;
- 4.8.8. неполучении необходимой для поездки вакцинации до отъезда на территорию страхования или ее осложнениях;
- 4.8.9. заключении Договора о реализации туристского продукта Застрахованным во время проведения курса лечения или после лечения в состоянии неполного выздоровления;
- 4.8.10. травме, полученной во время поездки Застрахованного в транспортном средстве, управляемом лицом, не имеющим законного основания на управление транспортным средством соответствующей категории, либо находящимися в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения любой степени тяжести;
- 4.8.11. травме Застрахованного, полученной при полете на любом виде летательного аппарата, управление им, кроме случаев полета в качестве пассажира на самолете гражданской авиации обычного или чартерного рейса, управляемом профессиональным пилотом;
- 4.8.12. обстоятельствах, возникших вне сроков действия Договора.
- 4.9. По п. 4.4.6 настоящего Договора страхование не распространяется на лиц, не являющихся гражданами РФ.
- 4.10. События по п.п. 4.4.1-4.4.11 не признаются страховыми случаями и расходы по ним не подлежат возмещению, если по факту наступления события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь (Застрахованный) своевременно, т.е. не позднее 2 (двух) рабочих дней после возникновения события, препятствующего осуществлению поездки, не обратился к туроператору/туристическому агентству за аннуляцией Договора о реализации туристского продукта либо за изменением сроков поездки по Договору о реализации туристского продукта; по самостоятельно организованной поездке: в транспортную компанию – за аннуляцией проездных документов; в отель/апартаменты – за аннуляцией брони номера.
- 4.11. Страховщик не несет ответственности за ошибки, допущенные консульскими службами, транспортными компаниями, туристическими фирмами, непосредственно

Застрахованным и другими юридическими и физическими лицами, имеющими отношение к подготовке, организации и проведении поездки.

5. РАСХОДЫ, ПОКРЫВАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ

5.1. Страховщик возмещает расходы, возникшие вследствие отмены поездки Застрахованного *на дату страхового случая*, по причинам, указанным в п.п. 4.4.1-4.4.9:

5.1.1. Предусмотренные Договором о реализации туристского продукта, а именно:

а) по компенсации убытков (расходов), указанных в Договоре о реализации туристского продукта и оплаченных Застрахованным: на оплату проживания в номере в отеле, апартаментах, проездные документы, трансфер, экскурсионное обслуживание, визовый сбор согласно тарифам, установленным консульством страны, в которую Застрахованный планировал совершить поездку, не подлежащие возмещению или подлежащие частичному возмещению. При этом Страховщику должны быть предоставлены документы транспортной компании, консульства, гостиницы, апартаментов, подтверждающие указанные туроператором и/или туристическим агентством убытки/расходы, если иное не предусмотрено Договором страхования. Визовый сбор подлежит возмещению только в случае отказа в выдаче визы либо получения визы на срок поездки (однократной визы).

5.1.2. Предусмотренные по самостоятельно организованной поездке, а именно:

а) по компенсации убытков (расходов), связанных с аннулированием проездных документов из страны постоянного проживания в страну временного проживания и обратно, с отказом от забронированного номера в отеле, апартаментах;

б) по компенсации визового сбора согласно тарифам, установленным консульством страны, в которую Застрахованный планировал совершить поездку. Визовый сбор подлежит возмещению только в случае отказа в выдаче визы либо получения визы на срок поездки (однократной визы).

5.2. Страховщик возмещает подтвержденные документами расходы при досрочном возвращении Застрахованного из поездки, вызванном причиной, предусмотренной в п. 4.4.10, либо при осуществлении поездки более поздней датой, чем начало тура в связи с прохождением стационарного лечения на дату начала поездки. При этом возмещаются расходы на:

5.2.1. приобретение проездных документов, включая расходы на их переоформление, в размере, не превышающем стоимость неиспользованных проездных документов. Расходы на приобретение проездных документов возмещаются только при условии, что первоначальный документ замене не подлежит;

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

5.2.3. проживание в отеле, апартаментах за неиспользованную часть срока пребывания в поездке.

5.3. Страховщик возмещает следующие расходы, возникшие в результате задержки возвращения Застрахованного из поездки после окончания срока поездки, по причинам, указанным в п. 4.4.11 настоящих Правил:

5.3.1. проживание Застрахованного в отеле, апартаментах сроком не более 5 (пяти) суток. При этом расходы на проживание покрываются Страховщиком в сумме, эквивалентной 80 у.е. за ночь;

5.3.2. приобретение проездных документов, включая расходы на их переоформление, в размере, не превышающем стоимость неиспользованных проездных документов. Расходы на приобретение проездных документов возмещаются только при условии, что первоначальный документ замене не подлежит.

5.4. Если страховая сумма в Договоре страхования (страховом полисе) установлена в валютном эквиваленте, то для расчета размера выплаты страхового обеспечения применяется курс ЦБ РФ на день заключения Договора страхования. Если курс ЦБ РФ на

день выплаты страхового обеспечения выше курса ЦБ РФ на день заключения Договора страхования на 20% и более, то при расчете страхового обеспечения применяется курс ЦБ РФ на день заключения Договора страхования, увеличенный на 20%. В Договоре страхования (страховом полисе) может быть установлено иное ограничение на величину изменения курса валют.

6. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СТРАХОВОЙ ТАРИФ

6.1. Страховая сумма – денежная сумма, которая определена Договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливается размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая. Страховая сумма устанавливается по соглашению Сторон Договора страхования в размере, не превышающем расходы Страхователя, понесенные в связи с оплатой туристского продукта, а также расходов, понесенных в связи с самостоятельно организованной поездкой.

6.2. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику (его уполномоченному представителю) в размере, указанном в Договоре страхования.

6.3. Страховщик при определении размера страховой премии применяет разработанные страховые тарифы.

6.4. Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условия страхования.

6.5. Страховщик вправе применять к тарифным ставкам повышающие или понижающие коэффициенты, исходя из различных обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска.

6.6. Договором страхования может быть предусмотрена безусловная франшиза в размере 15% от страховой суммы. 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, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере. При установлении безусловной франшизы размер выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы.

6.7. Страховая премия уплачивается при заключении Договора страхования и вносится разовым платежом за весь период страхования. Оплата может производиться безналичным расчетом (при этом датой оплаты страховой премии считается дата поступления денег на счет Страховщика) или наличными деньгами (при этом датой оплаты страховой премии считается дата ее поступления в кассу Страховщика или его представителя).

6.8. Страховая премия в Договоре страхования может быть указана в рублях или иностранной валюте. При этом оплата страховой премии производится в рублевом эквиваленте по обменному курсу иностранных валют, установленному Центральным Банком Российской Федерации на дату оплаты.

6.9. В случае неуплаты страховой премии на условиях, установленных Договором страхования, Договор страхования считается не вступившим в силу и не влечет каких-либо последствий для его Сторон.

7. ДЕЙСТВИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования вступает в силу в 00:00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии на счет Страховщика или получения страховой премии уполномоченными представителями Страховщика, но не ранее даты, указанной в Договоре как дата начала страхования, если в Договоре не предусмотрено иное.

7.2. Договор страхования оканчивается в день, указанный в Договоре как день его окончания, но не позднее дня окончания тура.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования должен быть заключен (путем вручения страхового полиса или составления одного документа, подписанного Сторонами) в течение 3 (трех) календарных дней с момента заключения первоначального Договора на реализацию туристского продукта в отношении данной поездки, но не менее чем за 15 (пятнадцать) дней до начала запланированной поездки, если иное не предусмотрено Договором страхования (полисом).

8.1.1. В случае самостоятельного бронирования Застрахованным услуг у организаций, непосредственно их оказывающих (гостиниц, перевозчиков, круизных компаний и пр.), Договор страхования должен быть заключен (путем вручения страхового полиса, подписанного Сторонами) не менее чем за 15 (пятнадцать) дней до начала запланированной поездки, если иное не предусмотрено Договором страхования (полисом).

8.2. Для заключения Договора страхования Страхователь обращается к Страховщику (его уполномоченному представителю) с устным или письменным заявлением о своем намерении заключить Договор страхования либо сообщает об этом письмом, телефаксом или телексом с указанием следующих данных:

8.2.1. фамилия, имя, отчество (наименование) на русском языке и в латинской транскрипции (как в заграничном паспорте), дата рождения, адрес, телефон Страхователя и (или) Застрахованного;

8.2.2. наименование, юридический адрес, телефон, банковские реквизиты, если Страхователь – юридическое лицо;

8.2.3. даты начала и окончания пребывания поездки;

8.2.4. страна временного пребывания;

8.2.5. цель поездки;

8.2.6. сведения о туроператоре (лице, оказывающем туристическую услугу);

8.2.7. стоимость приобретаемых услуг на одного Застрахованного.

К заявлению Страхователь прилагает документы, подтверждающие оформление и оплату предполагаемой туристической поездки, или документы, подтверждающие самостоятельное бронирование и оплату приобретаемых услуг.

8.3. Страхователь обязан сообщать Страховщику обо всех известных ему изменениях в степени страхового риска, происходящих в период действия Договора страхования.

8.4. Договор страхования заключается в пользу Застрахованного, если в Договоре не названо в качестве Выгодоприобретателя другое лицо. В случае смерти Застрахованного Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица в соответствии с их наследственными долями, если в Договоре страхования не назван иной Выгодоприобретатель.

8.5. Договор страхования заключается посредством выдачи Страховщиком Страхователю страхового полиса на основании устного или письменного заявления последнего либо путем составления одного документа в соответствии с положениями гражданского законодательства Российской Федерации.

8.6. Страховщик вправе отказать в заключении Договора страхования по причинам, относящимся к компетенции Страховщика в оценке страхового риска.

8.7. Договор страхования может быть составлен в форме электронного документа. В этом случае Страхователь направляет Страховщику заявление о заключении Договора страхования в электронной форме с использованием официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети Интернет.

Заявление о заключении Договора страхования в электронной форме по выбору Страхователя может подписываться простой электронной подписью Страхователя либо путем косвенного подписания – путем указания своего страхового номера индивидуального лицевого счета (СНИЛС) в заявлении – физического лица, или усиленной квалифицированной электронной подписью Страхователя – юридического лица в соответствии с требованиями Федерального закона от 06.04.2011 г. № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

Перечень сведений, передаваемых Страхователем через официальный сайт Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети Интернет для формирования заявления о заключении Договора страхования в электронной форме, включает в себя сведения, необходимые для предоставления Страховщику при заполнении заявления о заключении Договора страхования на бумажном носителе и указанные в п. 8 настоящих Правил.

Страхователь уплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в Договоре добровольного страхования и Правилах страхования, подтверждая тем самым свое согласие заключить этот договор на предложенных Страховщиком условиях.

В срок не позднее одного рабочего дня с момента поступления денежных средств в кассу Страховщика (при оплате страховой премии наличными денежными средствами), а в случае ее уплаты по безналичному расчету или уплаты с использованием банковской карты – не позднее рабочего дня, следующего за днем поступления на расчетный счет Страховщика страховой премии, полис страхования в виде электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением требований Федерального закона от 06.04.2011 г. № 63-ФЗ «Об электронной подписи», направляется Страхователю.

В случае, если на основании сведений, представленных для заключения Договора страхования в электронной форме, Страховщик считает необходимым провести обследование Страхователя (принимаемого на страхование лица) до заключения Договора страхования, договоры страхования в виде электронных документов не заключаются.

8.8. Заключая Договор страхования на основании настоящих Правил страхования, Страхователь подтверждает свое согласие с тем, что Страховщик в течение срока действия Договора страхования и после его прекращения в течение 5 (пяти) лет может осуществлять обработку указанных в нем персональных данных физических лиц в целях исполнения Договора страхования, в статистических и аналитических целях и в целях исполнения требований, установленных нормативными актами Российской Федерации. Страхователь несет персональную ответственность за предоставление согласия физических лиц, Выгодоприобретателей на обработку их персональных данных.

8.9. Заключая Договор страхования на основании настоящих Правил страхования, Страхователь также подтверждает согласие на информирование о других страховых продуктах и услугах, а также об условиях перезаключения Договора страхования со Страховщиком. Для осуществления вышеуказанных целей Страховщик имеет право передавать персональные данные, ставшие ему известными в связи с заключением и исполнением Договора страхования, третьим лицам, с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных.

8.10. Страховщик обязуется обеспечивать сохранность и неразглашение персональных данных Страхователя. Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных полностью или в части информирования о других страховых продуктах и услугах путем направления письменного заявления Страховщику способом, позволяющим достоверно установить дату получения данного заявления Страховщиком.

8.11. В случае полного отзыва субъектом персональных данных своего согласия на обработку персональных данных действие Договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, Договор страхования прекращается полностью. При этом действие Договора страхования прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. В этом случае Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.

9. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

9.1. 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.

9.1.1. При заключении Договора на реализацию туристского продукта 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):

9.1.1.1. оригинал Договора на реализацию туристского продукта Застрахованному со всеми приложениями, включая лист бронирования. Страницы Договора и приложений должны быть подписаны уполномоченным представителем Туроператора или Туристического агентства и заверены печатью. Оригиналы финансовых документов, подтверждающих оплату данного Договора;

9.1.1.2. оригинал Договора страхования (страхового полиса), в случае невозможности предоставления – его нотариально заверенную копию;

9.1.1.3. финансовое письмо туристического оператора с указанием удержанных штрафов в связи с аннуляцией тура. В письме должны быть отражены:

- Ф. И. О. участников тура, приобретающих пакет услуг в соответствии с листом бронирования и/или номером Договора в соответствии с п. 9.1.1.1;

- сумма денежных средств, полученная по заявке (лист бронирования) от Туристического агентства/туриста с указанием даты получения денежных средств;

- дата аннулирования туристского продукта у туроператора;

- калькуляция удержанных штрафов по каждой услуге по листу бронирования;

- сумма возврата со стороны Туристического оператора с указанием даты и получателя.

К письму должны быть приложены: документы транспортной компании, консульства, отеля, апартаментов, подтверждающие указанные Туроператором и/или Туристическим агентством убытки/расходы, если иное не предусмотрено Договором страхования;

9.1.1.4. копия загранпаспорта (с обязательным предоставлением оригинала), в случае невозможности предоставления – его нотариально заверенную копию.

9.1.2. 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):

9.1.2.1. оригинал Договора страхования (страхового полиса), в случае невозможности предоставления оригинала – его нотариально заверенную копию;

9.1.2.2. проездные документы транспортной компании (авиационные или железнодорожные билеты);

9.1.2.3. 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, подтверждающие штрафные санкции, связанные с аннулированием/переоформлением проездных документов, отказом от забронированного в отеле, апартаментах номера. Финансовый документ должен содержать наименование и реквизиты получателя денежных средств с указанием даты их перевода, суммы и получателя;

9.1.2.4. оригинал подтверждения бронирования с идентификационным номером или кодом, указанием получателя услуги, стоимости бронирования и ссылкой на условия бронирования;

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

9.1.2.6. документы, подтверждающие возврат организацией, непосредственно оказывающей услуги (гостиницей, перевозчиком, круизной компанией и пр.), части денежных средств Страхователю (Застрахованному) согласно положениям аннуляции бронирования (расчет возврата);

9.1.2.7. официальное письмо на бланке организации, непосредственно оказывающей услуги (гостиницей, перевозчиком, круизной компанией и пр.) о сумме, подлежащей возврату в результате аннуляции услуг, которыми Застрахованный воспользовался и/или должен был воспользоваться для организации поездки, подтверждающие наличие убытков, связанных с аннулированием проездных документов, отказом от забронированного в отеле, апартаментах номера. Письмо должно содержать следующую информацию: реквизиты организации, Ф. И. О. Застрахованного, дату и суммы оплаты забронированных услуг, сумму, подлежащую возврату в связи с аннулированием бронирования, с указанием даты произведенного возврата. Письмо должно иметь подпись уполномоченного лица и печать.

9.1.3. Вне зависимости от способа приобретения/организации туристического продукта Страхователь (Застрахованный) должен предоставить документы и сведения, необходимые для установления характера страхового случая, а именно:

- при невозможности совершения поездки вследствие смерти, болезни или травмы Застрахованного или его близкого родственника, требующей госпитализации на дату начала поездки, – *выписной эпикриз/выписка из стационарной карты больного 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 вследствие травмы, сопровождающейся переломом костей (кости), произошедшей до начала поездки и приведшей к амбулаторному лечению – выписка из амбулаторной карты больного с указанием диагноза из медицинского учреждения, заверенная главным врачом и печатью учреждения; рентгенологические снимки и/или заключение по другим видам инструментального исследования (МРТ, КТ, УЗИ). Заключение должно быть удостоверено печатью и подписью уполномоченного лица медицинского учреждения;
- при невозможности совершения поездки вследствие инфекционного заболевания – справка медицинского учреждения с указанием диагноза, копия больничного листа, копия документа, обязывающего Застрахованное лицо принять меры самоизоляции или иным образом воздерживаться от контактов с людьми, – последний из перечисленных документов предоставляется в случае, если инфекционное заболевание предполагает принятие Застрахованным лицом соответствующих мер согласно действующему законодательству Российской Федерации, в том числе законодательству субъектов Российской Федерации или местного самоуправления;
- при невозможности совершения поездки в случае отказа в получении въездной визы – официальный отказ консульской службы/посольства, с указанием фамилии и имени Застрахованного, даты отказа на официальном бланке консульского учреждения с печатью и подписью уполномоченного лица и/или оригинал загранпаспорта со штампом об отказе в выдаче визы;
- при несвоевременном получении визы – официальный документ консульского учреждения, подтверждающий дату получения визы;
- при невозможности совершения Застрахованным поездки вследствие судебного разбирательства – заверенная судом повестка, с указанием даты ее вручения/получения Застрахованным;

- при невозможности совершения поездки вследствие повреждения или гибели имущества принадлежащего Застрахованному – протоколы/документы полиции, МЧС или иных компетентных органов, подтверждающих факт нанесения ущерба;
- при невозможности совершения поездки вследствие нахождения на карантине – копия постановления «Об обеспечении режима самоизоляции», действующего на дату начала запланированной поездки, либо результат генодиагностики (ПЦР-диагностика вирусной РНК) и выписка из амбулаторной карты больного с диагнозом и указанием срока нахождения на карантине. При этом документы должны содержать печать лечебного учреждения и подпись главного врача;
- вследствие досрочного возвращения/задержки возвращения Застрахованного из поездки – *выписной эпикриз из медицинского учреждения (стационара), заверенный главным врачом и печатью учреждения*, нотариально заверенная копия свидетельства о смерти близких родственников Застрахованного, *медицинское заключение о смерти*, документы, подтверждающие родственную связь Застрахованного и близкого родственника.

- 9.1.4. Для страховой выплаты по самостоятельно организованной поездке при наступлении страхового случая Застрахованный (Страхователь) обязан предоставить Страховщику заявление на выплату по установленной Страховщиком форме с приложением к нему документов, указанных в разделе 9 настоящих Правил.
- 9.1.5. 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 события, имеющего признаки страхового.
- 9.1.6. Страховщик вправе направить официальный запрос Туроператору/организации, непосредственно оказывающей услуги (гостинице, перевозчику, круизной компании и пр.) для определения или подтверждения размера материального ущерба Застрахованного.
- 9.1.7. Застрахованный обязан принять меры для своевременного аннулирования проездных документов (забронированного туристского продукта) и максимального снижения размера убытков, указанных в п. 5.1 настоящих Правил, для чего незамедлительно заявить в соответствующую организацию (гостиницу, перевозчику, круизную компанию и пр.) 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.
- 9.1.8. Страхователь обязан незамедлительно заявить Туроператору/Туристическому агентству/организации, непосредственно оказывающей услуги (гостинице, перевозчику, круизной компании и пр.) 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.
- 9.1.9. Страхователь обязан давать письменные разъяснения на запросы Страховщика, связанные с наступлением страхового случая.
- 9.1.10. Страховщик в течение 15 (пятнадцати) банковских дней с момента получения от Застрахованного всех необходимых документов рассматривает Заявление на страховую выплату и принимает решение о страховой выплате либо отказе в страховой выплате. 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.

9.1.11. Страховая выплата производится в течение 7 (семи) банковских дней (если Договором не предусмотрено иное) с момента принятия решения о страховой выплате.

9.1.12. Страховое возмещение производится в денежной форме, в т.ч. путем безналичного перечисления денежных средств на банковский счет, указанный получателем страховой выплаты, или иным способом по согласованию Сторон.

10. РАСХОДЫ, НЕ ВОЗМЕЩАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ

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

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

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

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

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

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

10.7. Страховщик отказывает в страховой выплате в случае, если страховой случай произошел с лицом, не являющимся близким родственником Застрахованного.

10.8. Решение об отказе в выплате страхового возмещения сообщается Страхователю (Застрахованному) в письменной форме с обоснованием причин отказа в течение 30 (тридцати) рабочих дней с момента предоставления всех указанных в п.п. 9.1.1-9.1.4 настоящих Правил документов.

11. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

11.1. Договор страхования прекращается:

11.1.1. по истечении срока его действия (в 24:00 часа указанной в страховом полисе даты окончания страхования);

11.1.2. по возвращении Застрахованного из поездки (в соответствии с датой отметки пограничных служб в заграничном паспорте о пересечении государственной границы);

11.1.3. в случае исполнения Страховщиком обязательств по Договору в полном объеме;

11.1.4. в случае смерти Застрахованного лица в период действия Договора страхования, за исключением случаев, когда смерть Застрахованного лица (всех Застрахованных лиц) признается по Договору страхования страховым случаем (страховыми случаями);

11.1.5. в результате принятия судом (арбитражным судом) решения о признании Договора страхования недействительным;

11.1.6. по соглашению Сторон;

11.1.7. в случае ликвидации Страховщика в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации, за исключением случаев передачи Страховщиком страхового портфеля.

11.2. Страхователь вправе отказаться от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала и существование страхового риска не прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При досрочном отказе Страхователя от Договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату.

11.3. В случае отказа Страхователя, являющегося физическим лицом, от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения (независимо от момента уплаты страховой премии) при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая, произошедших в данном периоде, возврату подлежит:

- уплаченная страховая премия в полном объеме, если Страхователь отказался от Договора до даты возникновения обязательств Страховщика по Договору (далее – до даты начала действия страхования);

- часть уплаченной страховой премии за неистекший срок действия Договора страхования, пропорционально сроку действия Договора, если Страхователь отказался от Договора после даты начала действия страхования. В этом случае Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора добровольного страхования.

Для целей реализации настоящего пункта Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования или иной даты, установленной по соглашению Сторон, но не позднее 14 (четырнадцати) календарных дней со дня заключения Договора.

Для целей реализации настоящего пункта возврат страховой премии (части страховой премии) осуществляется по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора.

В случае противоречия положений настоящего пункта Правил иным положениям настоящих Правил положения настоящего пункта имеют преимущественную силу.

11.4. Страхователь – физическое лицо имеет право отказаться от Договора страхования в случае, если до его заключения Страховщик:

- а) не предоставил ему «Ключевой информационный документ об условиях договора добровольного страхования» (далее – КИД), предоставление которого регламентировано нормативным актом Банка России;

- б) информация, содержащаяся в КИД, не соответствует условиям заключенного Договора страхования (является неполной или недостоверной).

11.5. Отказ от Договора страхования осуществляется путем подачи заявления об отказе от Договора страхования с указанием одного из перечисленных в пункте 11.4. Правил оснований.

При этом в случае, если Страхователь отказывается от Договора страхования по основанию «б» пункта 11.4. Правил, в заявлении об отказе Страхователь обязан указать в какой конкретно части информация, содержащаяся в КИД, не соответствует условиям заключенного Договора страхования.

11.6. Обстоятельствами, свидетельствующим о непредоставлении Страхователю КИД, в зависимости от условий и способа заключения Договора могут являться:

- а) отсутствие подписи Страхователя, свидетельствующей о получении КИД;

- б) ненаправление Страховщиком на указанный страхователем адрес электронной почты электронного письма, содержащего КИД;

в) иные случаи, когда Страховщик не имеет возможности подтвердить факт предоставления Страхователю КИД.

11.7. Договор страхования досрочно прекращается с даты получения заявления об отказе от Договора страхования при наличии обстоятельств, свидетельствующих о непредоставлении Страхователю КИД (перечисленных в п. 11.6. Правил), или подтверждающих факт несоответствия информации, содержащейся в КИД, условиям заключенного Договора страхования.

В случае, если заявление об отказе от Договора страхования не содержит информации, предусмотренной пунктом 11.5. Правил, а также в случае, если информация, содержащаяся в заявлении об отказе от Договора страхования, не соответствует действительности (при наличии мотивированного обоснования у Страховщика или возможности документально подтвердить факт предоставления КИД), Договор страхования продолжает действовать.

11.8. При досрочном прекращении Договора страхования в соответствии с пунктом 11.7 Правил Страховщик в течение 7 (семи) дней с даты получения Заявления об отказе от Договора страхования возвращает Страхователю часть страховой премии, исчисленной пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, при условии, что до даты получения соответствующего заявления Страховщиком не производились страховые выплаты по расторгаемому Договору страхования.

11.9. В случае, если Страхователем заявляется отказ от Договора комбинированного страхования на том основании, что в отношении определенного риска, относящегося к определенному виду страхования, ему не была предоставлена либо была предоставлена неполная или недостоверная информация об условиях Договора страхования, то возврат страховой премии осуществляется только в отношении вида страхования, к которому относится риск, применительно к которому был заявлен отказ.

12. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

12.1. Страховщик обязан:

12.1.1. своевременно вручить Страхователю страховой полис и ознакомить с Правилами страхования;

12.1.2. при наступлении страхового случая в течение установленного срока (не позднее 30 (тридцати) рабочих дней с момента предоставления Страхователем необходимых документов) составить страховой акт;

12.1.3. не разглашать сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья, а также об имущественном положении этих лиц, если такая обязанность не возложена на Страховщика в силу закона.

12.2. Страхователь обязан:

12.2.1. своевременно уплачивать страховую премию;

12.2.2. при заключении Договора страхования сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска;

12.2.3. при наступлении страхового события незамедлительно уведомить об этом Страховщика или его представителя любым доступным в сложившихся условиях способом;

12.2.4. представить документы, перечисленные в п.п. 9.1.1-9.1.4, необходимые для подтверждения факта наступления страхового случая;

12.2.5. по запросу Страхователя/Выгодоприобретателя, полученному Страховщиком после заявления о событии, имеющем признаки страхового случая, ознакомить с положениями раздела № 9 настоящих Правил страхования.

12.2.6. Если документов, предоставленных Страхователем, Выгодоприобретателем, недостаточно для принятия Страховщиком решения о признании события страховым, о страховом возмещении и (или) в случае предоставления ненадлежащим образом оформленных документов, Страховщик обязан:

- принять их;

- в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения документов уведомить заявителя о необходимости представить недостающие и/или надлежащим образом оформленные документы, с указанием перечня указанных документов.

12.3. Страховщик имеет право:

12.3.1. проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем (Застрахованным), любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;

12.3.2. проверять выполнение Страхователем (Застрахованным) требований Договора страхования;

12.3.3. запрашивать дополнительные сведения в порядке, предусмотренном Договором страхования и настоящими Правилами;

12.3.4. провести медицинское освидетельствование Застрахованного лица врачом Страховщика после наступления страхового случая.

12.4. Страхователь имеет право:

12.4.1. на получение информации о финансовом положении Страховщика;

12.4.2. на получение своевременной информации о ходе урегулирования заявленного требования о страховой выплате;

12.4.3. на разъяснение отдельных пунктов и положений настоящих Правил и страхового полиса (Договора страхования);

12.4.4. на своевременную выплату страхового возмещения при соблюдении требований к уведомлению об убытке и предоставлению необходимой информации и обосновывающих документов.

12.5. Застрахованный обязан:

12.5.1. пройти обследование для оценки его фактического состояния по требованию Страховщика;

12.5.2. давать согласие на предоставление Страховщику информации о состоянии его здоровья.

13. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

13.1. Споры, связанные с Договором страхования, решаются путем переговоров. При недостижении соглашения спор передается на рассмотрение суда в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

13.2. В случае, если возникшее разногласие на момент обращения к Страховщику в досудебном порядке подлежит рассмотрению уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг в соответствии с Федеральным законом «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», Страхователь (Выгодоприобретатель) должен до направления финансовому уполномоченному обращению направить Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими свое требование в письменной или электронной форме.

Страховщик обязан рассмотреть заявление Страхователя (Выгодоприобретателя) и направить ему мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленного требования:

- в течение 15 (пятнадцати рабочих) дней со дня получения претензии в случае, если она направлена в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена Советом Службы финансового уполномоченного, и если со дня нарушения, по существу которого идет спор, прошло не более 180 (ста восьмидесяти дней);

- в течение 30 (тридцати дней) со дня получения претензии в иных случаях.

В случаях, предусмотренных Законом об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг, Страхователь/Выгодоприобретатель вправе заявлять в судебном порядке требования к Страховщику только после получения от финансового уполномоченного решения по обращению.

