

**ДАЛЬНЕВОСТОЧНОЕ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОЕ
ОТКРЫТОЕ АКЦИОНЕРНОЕ СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО «ДальЖАСО»
(ОАО «ДальЖАСО»)**

У Т В Е Р Ж Д Е Н О

Генеральный директор
С.В.Кучун
(приказом генерального
директора № 52 от 24 мая 2016г.)



П Р А В И Л А
страхования путешественников

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации, Гражданским кодексом РФ, Законом РФ “Об организации страхового дела в Российской Федерации”, иными нормативными документами в области страхования настоящие Правила регулируют отношения, возникающие между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным) по поводу страхования его возможных убытков и расходов, которые он может понести в период временного выезда за пределы постоянного места жительства по территории Российской Федерации (туризм, деловые и иные поездки).

1.2. В целях настоящих Правил используются следующие понятия:

территория страхования – конкретно обозначенная территория Российской Федерации, указанная в договоре (полисе) страхования, в пределах которой действует страхование;

несчастный случай – внезапное, кратковременное, непредвиденное внешнее воздействие на организм Застрахованного, повлекшее за собой расстройство его здоровья или смерть;

внезапное заболевание – внезапное, неожиданное расстройство здоровья Застрахованного, начавшееся в период страхования и требующее экстренного медицинского вмешательства;

Внезапным не может быть признано заболевание, по которому Застрахованный получал или получает плановую терапию, состоит на учете или обращался к соответствующим медицинским специалистам на протяжении 24 месяцев, предшествующих началу поездки и приведшие к острому состоянию. А также внезапным не может быть признано острое состояние, находящееся в прямой причинно-следственной связи с имеющимися хроническими заболеваниями.

хроническое заболевание – заболевания или следствие телесного повреждения, возникшие до момента заключения договора страхования, вне зависимости от того было оно диагностировано у Застрахованного или нет, осуществлялось по нему лечение или нет и, обладающее как минимум двумя из следующих характеристик:

• может существовать в течение неопределенного периода времени, вне зависимости от того, знал о нем Застрахованный или нет;

- существует вероятность возникновения рецидивов;
- носит постоянный характер;
- не имеет известных признанных способов лечения;

- требует паллиативного лечения;
- требует долгосрочного наблюдения, консультаций, периодических осмотров,
- исследований или анализов, постоянного или регулярного приема лекарственных препаратов.

расходы на лечение - издержки, засвидетельствованные на имя Застрахованного лица в месте временного пребывания на операции, процедуры, обслуживание в лечебных учреждениях, приобретение лекарств и т.д.;

дополнительные расходы - дополнительные расходы в связи с необходимостью репатриации Застрахованного лица (транспортировкой тела), дорожные расходы на сопровождающего при наличии письменного предписания врача, расходы на содержание и ночлег сопровождающего в период, связанный с госпитализацией больного;

близкие родственники – отец, мать, дети (в том числе усыновленные), законный супруг или супруга, родные братья и сестры, опекуны;

багаж – личные вещи Застрахованного, перевозимые им в ходе поездки за пределы постоянного места жительства Российской Федерации, зарегистрированные и сданные в багаж перевозчика;

сервисная компания - специализированная организация, указанная в договоре страхования (страховом полисе) Застрахованного, которая по поручению Страховщика круглосуточно обеспечивает организацию услуг, предусмотренных настоящими Правилами и Программой страхования по договору страхования.

амбулаторное учреждение - медицинское учреждение, обеспечивающее комплекс медицинских услуг, имеющее специальное разрешение (лицензию) на осуществление медицинской деятельности и укомплектованное необходимым медицинским персоналом.

стационарное учреждение - это специализированное медицинское учреждение, которое:

- предназначено для круглосуточного пребывания, наблюдения и лечения пациентов (больных);
- имеет диагностическое и хирургическое отделение;
- укомплектовано необходимым медицинским персоналом (врачами, средним медицинским персоналом);
- имеет специальное разрешение (лицензию) на осуществление медицинской деятельности.

Выгодоприобретатель - лицо, назначенное Страхователем для получения страховой выплаты по договору страхования.

1.3. По договору страхования путешественников, Страховщик обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в договоре события (страхового случая) оплатить расходы на лечение, в зависимости от условий договора страхования, - Страхователю (Застрахованному), Сервисной компании “Ассистанс” или медицинскому учреждению, в связи с внезапным заболеванием или несчастным случаем, произошедшим с Застрахованным, а также возместить убытки, понесенные им вследствие утраты (гибели) или повреждения багажа и иные убытки, предусмотренные договором страхования, в пределах определенной договором страхования страховой суммы.

1.4. **Страховщик** - Дальневосточное железнодорожное открытое акционерное страховое общество “ДальЖАСО”- страховая организация, созданная в соответствии с Законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензию на осуществлении соответствующего вида страховой деятельности в установленном законом порядке..

1.5. **Страхователи** - дееспособные физические лица, временно выезжающие за пределы постоянного места жительства, и юридические лица любых организационно-правовых форм, заключившие со Страховщиком договор страхования.

Страхователи вправе заключать договоры о страховании третьих лиц в пользу последних - Застрахованных.

Если Страхователь - физическое лицо заключил договор о страховании своих имущественных интересов, то он является Застрахованным.

Страхователи - юридические лица заключают со Страховщиком договоры о страховании третьих лиц в пользу последних - Застрахованных.

1.6. Страховщик вправе устанавливать требования к возрасту, состоянию здоровья Застрахованных, а также иным факторам, влияющим на степень риска в отношении отдельных Застрахованных лиц.

1.7. Застрахованным по настоящим Правилам может быть лицо, которое является гражданином Российской Федерации, иностранным гражданином, при его нахождении на территории Российской Федерации.

1.8. Страховщик имеет право отказать в заключении договора страхования следующим лицам:

1.8.1. младше 1года 6 месяцев и старше 65 лет, если иное не оговорено договором;

При заключении договора страхования в отношении таких лиц к базовой тарифной ставке применяются повышающие коэффициенты

1.8.2. Инвалидам I группы, детям – инвалидам.

1.8.3. Состоящим на учете в наркологических, психоневрологических диспансерах.

1.9. Из личных вещей (багажа) страхуемых лиц, на страхование не принимаются: рукописи, документы, слайды, фотоснимки, ценные бумаги, деньги в любой валюте, драгоценные металлы и камни в любом виде, информация на магнитных носителях, образцы, модели, выставочные экземпляры, коллекции и произведения искусства, запасные части к средствам транспорта, предметы религиозного культа, а также предметы, запрещенные к ввозу и вывозу из Российской Федерации.

1.10. Договор страхования может быть заключен по одному из следующих условий, предлагаемых Страховщиком:

1.10.1. **Вариант 1** - Застрахованный приобретает у Страховщика страховой полис и при наступлении страхового случая самостоятельно производит оплату медицинских услуг, предоставленных лечебным учреждением места временного пребывания в связи с внезапным заболеванием или несчастным случаем, только после согласования этих расходов со Страховщиком.

По возвращении из поездки на основании представленных Застрахованным документов лечебного учреждения места временного пребывания Страховщик производит выплату страхового возмещения в пределах страховой суммы. Также непосредственно Застрахованному возмещаются понесенные им убытки вследствие утраты (гибели) или повреждения багажа и при несении им других убытков, предусмотренных договором (полисом) страхования.

1.10.2. **Вариант 2** - Застрахованный в случае внезапного заболевания получает медицинские услуги через Сервисную компанию “Ассистанс” (ее представительства) в соответствии с контрактом (договором) между Страховщиком и этой Сервисной компанией. Понесенные в этом случае Сервисной компанией расходы возмещаются Страховщиком в сроки и порядке, предусмотренном условиями контракта (договора).

Ассистанс (assistance) – перечень услуг, помощь (поддержка), в рамках договора страхования.

Сервисная компания “Ассистанс” (независимо от места нахождения – в Российской Федерации или за рубежом) на основании договора со страховой организацией обеспечивает безопасность и оказывает в нужный момент техническое, медицинское или финансовое содействие гражданам (застрахованным лицам) при их поездках, обратившихся в Сервисную компанию в связи с внезапным заболеванием, несчастным случаем или иным событием, из числа предусмотренных договором страхования, предоставляя в порядке, предусмотренном договором со Страховщиком, услуги врачей, санитаров в поликлинике или по госпитализации в стационар, обеспечению специальным транспортом, по организации репатриации застрахованного к месту постоянного жительства (его тела в случае смерти) и другие услуги, обусловленные договором со Страховщиком.

1.10.3. **Вариант 3** - Застрахованный получает медицинские услуги непосредственно в лечебном учреждении места временного пребывания, указанном в договоре страхования. Понесенные в этом случае лечебным учреждением расходы возмещаются Страховщиком на основании полученных счетов о стоимости медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу.

Страхование выезжающих за пределы постоянного места жительства, по любому из указанных вариантов, осуществляется в соответствии с условиями, определенными настоящими Правилами.

1.11. При заключении договора **по Варианту 1**, а также от убытков, понесенных вследствие утраты (гибели) или повреждения багажа, невозможности совершения поездки, получения юридической помощи, Страхователь вправе назначить любое лицо (Выгодоприобретателя) для получения страховой выплаты по договору, а также заменить его по своему усмотрению до наступления страхового случая, письменно уведомив об этом Страховщика.

В случае смерти лица, Застрахованного по договору, в котором не назван иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица.

1.12. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе (Застрахованном), состоянии их здоровья и имущественном положении.

За нарушение тайны страхования Страховщик в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения несет ответственность в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

1.13. В целях доведения информации до Страхователей, Выгодоприобретателей, Застрахованных, лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, Страховщик, в порядке, установленном органом страхового надзора, размещает на собственном сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» сведения о себе и своей деятельности, содержание и необходимость опубликования которых предусмотрена законодательством Российской Федерации.

2. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Согласно законодательству Российской Федерации объектами страхования финансовых рисков в имущественном страховании могут быть имущественные интересы страхователя (застрахованного лица), связанные с риском неполучения доходов, возникновения непредвиденных расходов физических лиц, юридических лиц и не относящиеся к предпринимательской деятельности страхователя (застрахованного лица) (страхование финансовых рисков).

Согласно законодательству Российской Федерации объектами страхования имущества могут быть имущественные интересы, связанные с риском утраты (гибели), недостачи или повреждения имущества (страхование имущества).

Согласно законодательству объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного, или состояния Застрахованного, требующего организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни и здоровья Застрахованного угроз и/или устраняющих их.

В соответствии с настоящими Правилами объектами страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации и не относящиеся к предпринимательской деятельности имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с дополнительными непредвиденными расходами и убытками в период временного пребывания за пределами постоянного места жительства, вызванные внезапным заболеванием или несчастным случаем, невозможностью совершения поездки, несением расходов по получению юридической помощи, а также связанные с риском утраты (гибели) или повреждения имущества (багажа).

3. ПОНЯТИЕ СТРАХОВОГО РИСКА. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления, которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

При страховании в соответствии с настоящими Правилами страховым риском является риск возможных расходов (убытков) Страхователя, которые он может понести в период временного пребывания за пределами постоянного места жительства, вследствие внезапного заболевания, несчастного случая, утраты (гибели) или повреждения багажа, а также невозможности совершения поездки и несения расходов по получению юридической помощи.

3.2. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату лечебному учреждению, Сервисной компании или непосредственно Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю), в зависимости от условий договора страхования, выбранных программ страхования, страховых сумм и лимитов ответственности, в размере полной или частичной компенсации расходов и убытков, понесенных последним в период временного пребывания за пределами постоянного места жительства.

3.3. В соответствии с настоящими Правилами страховым событием признается наступление следующих расходов (убытков) Застрахованного, понесенных им в период временного пребывания за пределами постоянного места жительства:

3.3.1. Медицинские и иные расходы, вызванные внезапным заболеванием или несчастным случаем.

3.3.1.1. Программа «Стандарт» (Standart)

«Медицинские расходы» - получение Застрахованным лицом неотложной медицинской помощи, в связи с внезапным заболеванием или несчастным случаем, произошедшим во время застрахованной поездки в течение срока действия договора страхования на оговоренной в договоре территории страхования, и повлекшим необходимость в оплате следующих непредвиденных расходов:

- расходы по амбулаторному и стационарному лечению (в том числе стоимость приемов и консультаций врачей; лечебных манипуляций и процедур; расходы по проведению операций; исследований, необходимых для постановки диагноза и определения методов лечения; пребывания в стационаре; расходных материалов);

- расходы по оплате визита врача к Застрахованному лицу по медицинским показаниям;
- расходы по наблюдению за состоянием Застрахованного лица и контроль за ходом его лечения.

При этом, по одному амбулаторному случаю при наличии жалоб и медицинских показаний, Страховщик покрывает не более 2(двух) посещений врача, в т.ч. не более 2(двух) перевязок, если иное не предусмотрено договором страхования. Оба осмотра должны быть обоснованы наличием жалоб у Застрахованного и согласованы со страховой компанией или сервисной компанией. Расходы на приобретение назначенных медикаментов не покрываются.

Страховщик возмещает расходы только в случаях оказания неотложной медицинской помощи, под которой понимаются случаи, в результате которых без врачебного вмешательства может ухудшиться состояние здоровья и появиться угроза для жизни Застрахованного лица.

«Экстренная стоматологическая помощь» - получение Застрахованным лицом неотложной медицинской помощи, вызванной несчастным случаем, произошедшим во время застрахованной поездки в течение срока действия договора страхования на оговоренной в договоре территории страхования, и повлекшим необходимость в оплате следующих непредвиденных расходов:

- расходы, связанные с болеутоляющим лечением или удалением естественного зуба при травме зуба в результате несчастного случая;

«Медицинская транспортировка» - получение Застрахованным лицом неотложной медицинской помощи, вызванной внезапным заболеванием или несчастным случаем, произошедшим во время застрахованной поездки в течение срока действия договора страхования на оговоренной в договоре территории страхования, и повлекшим необходимость в оплате следующих непредвиденных расходов:

- расходы по медицинской репатриации адекватным транспортным средством, включая расходы на сопровождающее лицо (если такое сопровождение предписано лечащим врачом) из места временного пребывания Застрахованного до ближайшего медицинского учреждения при условии отсутствия в месте временного пребывания возможностей для предоставления требуемой медицинской помощи.

Медицинская репатриация осуществляется исключительно в случаях, когда ее необходимость подтверждается заключением врача-эксперта Страховщика на основании документов от местного лечащего врача и при условии отсутствия медицинских противопоказаний. Расходы по медицинской репатриации покрываются исключительно с предварительного согласия Страховщика в пределах оговоренной в договоре страхования суммы.

«Посмертная репатриация тела» - произведенные или санкционированные Сервисной компанией с предварительного согласия Страховщика расходы по посмертной репатриации тела (включая необходимые расходы на подготовку тела к репатриации) до ближайшего аэропорта постоянного или временного места жительства Застрахованного, если его смерть наступила в результате несчастного случая или внезапного заболевания. Расходы по посмертной репатриации покрываются в пределах оговоренной в договоре страхования суммы. При этом Страховщик не оплачивает расходы на ритуальные услуги на месте постоянного жительства Застрахованного, если иное не предусмотрено договором страхования.

3.3.1.2. Программа «Оптимум» (Optimum)

«Медицинские расходы» - получение Застрахованным лицом неотложной медицинской помощи, в связи с внезапным заболеванием или несчастным случаем, произошедшим во время застрахованной поездки в течение срока действия договора страхования на оговоренной в договоре территории страхования, и повлекшим необходимость в оплате следующих непредвиденных расходов:

- расходы по амбулаторному и стационарному лечению (в том числе стоимость приемов и консультаций врачей; лечебных манипуляций и процедур; расходы по проведению операций; исследований, необходимых для постановки диагноза и определения методов лечения, пребывания в стационаре, расходных материалов);

После выписки из стационара, расходы на медикаменты для последующего амбулаторного лечения не покрываются.

- расходы по оплате назначенных лечащим врачом медикаментов, перевязочных средств, простых средств фиксации (бандаж, гипс и т.д.);

- расходы по оплате визита врача к Застрахованному лицу по медицинским показаниям;
- расходы по наблюдению за состоянием Застрахованного лица и контроль за ходом его лечения.

При этом по одному амбулаторному случаю при наличии жалоб и медицинских показаний Страховщик покрывает не более 3(трех) посещений врача, в т.ч. не более 3(трех) перевязок, если иное не предусмотрено договором страхования. Оба осмотра должны быть обоснованы наличием жалоб у Застрахованного и согласованы со страховой компанией или сервисной компанией.

Страховщик возмещает расходы только в случаях оказания неотложной медицинской помощи, под которой понимаются случаи, в результате которых без врачебного вмешательства может ухудшиться состояние здоровья и появиться угроза для жизни Застрахованного лица.

«Экстренная стоматологическая помощь» - получение Застрахованным лицом неотложной медицинской помощи, вызванной внезапным заболеванием или несчастным случаем, произошедшим во время застрахованной поездки в течение срока действия договора страхования на оговоренной в договоре территории страхования, и повлекшим необходимость в оплате следующих непредвиденных расходов:

- расходы, связанные с болеутоляющим лечением или удалением естественного зуба при травме зуба в результате несчастного случая;
- расходы, связанные с болеутоляющим лечением естественного зуба и связанного с ним пломбирования или удалением при остром воспалении зуба и окружающих зуб тканей.

«Медицинская транспортировка» - получение Застрахованным лицом неотложной медицинской помощи, вызванной внезапным заболеванием или несчастным случаем, произошедшим во время застрахованной поездки в течение срока действия договора страхования на оговоренной в договоре территории страхования, и повлекшим необходимость в оплате следующих непредвиденных расходов:

- расходы по медицинской эвакуации (в том числе экстренной), а также расходы по поиску, спасению и перемещению (транспортировке машиной скорой помощи или иным транспортным средством) с места происшествия в ближайшее медицинское учреждение или к находящемуся в непосредственной близости врачу в месте временного пребывания, либо из одного медицинского учреждения в другое, если это требуется по медицинским показаниям для предоставления Застрахованному требуемой медицинской помощи.

Расходы на медицинскую транспортировку оплачиваются также в случае, если она была осуществлена машиной скорой помощи при спасении жизни Застрахованного лица в ситуации, когда состояние здоровья Застрахованного лица не позволяло ему самостоятельно предварительно связаться с Сервисной компанией;

- расходы по медицинской репатриации адекватным транспортным средством, включая расходы на сопровождающее лицо (если такое сопровождение предписано лечащим врачом) из места временного пребывания Застрахованного до ближайшего медицинского учреждения при условии отсутствия в месте временного пребывания возможностей для предоставления требуемой медицинской помощи.

Медицинская репатриация осуществляется исключительно в случаях, когда ее необходимость подтверждается заключением врача-эксперта Страховщика на основании документов от местного лечащего врача и при условии отсутствия медицинских противопоказаний. Расходы по медицинской репатриации покрываются исключительно с предварительного согласия Страховщика в пределах оговоренной в договоре страхования суммы.

«Посмертная репатриация тела» - произведенные или санкционированные Сервисной компанией с предварительного согласия Страховщика расходы по посмертной репатриации тела (включая необходимые расходы на подготовку тела к репатриации) до ближайшего аэропорта постоянного или временного места жительства Застрахованного, если его смерть наступила в результате несчастного случая или внезапного заболевания. Расходы по посмертной репатриации покрываются в пределах оговоренной в договоре страхования суммы. При этом Страховщик не оплачивает расходы на ритуальные услуги на месте постоянного жительства Застрахованного, если иное не предусмотрено договором страхования.

«Эвакуация детей» - расходы по проезду в один конец экономическим классом несовершеннолетних детей, находящихся при Застрахованном во время пребывания за пределами постоянного места жительства, до места их постоянного проживания в случае, если дети остались без присмотра в результате произошедшего с Застрахованным несчастного случая или внезапного заболевания, а также оплату дорожных расходов одного взрослого, сопровождающего детей. Если

Застрахованный не может назвать такого человека, то Страховщик организует и оплатит соответствующее сопровождение;

3.3.1.3. Программа «ВИП» (VIP)

«Медицинские расходы» - получение Застрахованным лицом неотложной медицинской помощи, в связи с внезапным заболеванием или несчастным случаем, произошедшим во время застрахованной поездки в течение срока действия договора страхования на оговоренной в договоре территории страхования, и повлекшим необходимость в оплате следующих непредвиденных расходов:

- расходы по амбулаторному и стационарному лечению (в том числе стоимость приемов и консультаций врачей, лечебных манипуляций и процедур, расходы по проведению операций, исследований, необходимых для постановки диагноза и определения методов лечения, пребывания в стационаре, расходных материалов);

- расходы по оплате назначенных лечащим врачом медикаментов, перевязочных средств, простых средств фиксации (бандаж, гипс и т.д.), назначенные врачом средства помощи при ходьбе (трость, костыли, инвалидные коляски);

- расходы по оплате визита врача к Застрахованному лицу по медицинским показаниям;

- расходы по наблюдению за состоянием Застрахованного лица и контроль за ходом его лечения.

Страховщик возмещает расходы только в случаях оказания неотложной медицинской помощи, под которой понимаются случаи, в результате которых без врачебного вмешательства может ухудшиться состояние здоровья и появиться угроза для жизни Застрахованного лица.

«Экстренная стоматологическая помощь» - получение Застрахованным лицом неотложной медицинской помощи, вызванной внезапным заболеванием или несчастным случаем, произошедшим во время застрахованной поездки в течение срока действия договора страхования на оговоренной в договоре территории страхования, и повлекшим необходимость в оплате следующих непредвиденных расходов:

- расходы, связанные с болеутоляющим лечением или удалением естественного зуба при травме зуба в результате несчастного случая;

- расходы, связанные с болеутоляющим лечением естественного зуба и связанного с ним пломбирования или удалением при остром воспалении зуба и окружающих зуб тканей.

«Медицинская транспортировка» - получение Застрахованным лицом неотложной медицинской помощи, вызванной внезапным заболеванием или несчастным случаем, произошедшим во время застрахованной поездки в течение срока действия договора страхования на оговоренной в договоре территории страхования, и повлекшим необходимость в оплате следующих непредвиденных расходов:

- расходы по медицинской эвакуации (в том числе экстренной), а также расходы по поиску, спасению и перемещению (транспортировке машиной скорой помощи или иным транспортным средством) с места происшествия в ближайшее медицинское учреждение или к находящемуся в непосредственной близости врачу в месте временного пребывания, либо из одного медицинского учреждения в другое, если это требуется по медицинским показаниям для предоставления Застрахованному требуемой медицинской помощи.

Расходы на медицинскую транспортировку оплачиваются также в случае, если она была осуществлена машиной скорой помощи при спасении жизни Застрахованного лица в ситуации, когда состояние здоровья Застрахованного лица не позволяло ему самостоятельно предварительно связаться с Сервисной компанией;

- расходы по медицинской репатриации адекватным транспортным средством, включая расходы на сопровождающее лицо (если такое сопровождение предписано лечащим врачом) из места временного пребывания Застрахованного до ближайшего медицинского учреждения при условии отсутствия в месте временного пребывания возможностей для предоставления требуемой медицинской помощи.

Медицинская репатриация осуществляется исключительно в случаях, когда ее необходимость подтверждается заключением врача-эксперта Страховщика на основании документов от местного лечащего врача и при условии отсутствия медицинских противопоказаний. Расходы по медицинской репатриации покрываются исключительно с предварительного согласия Страховщика в пределах оговоренной в договоре страхования суммы.

«Посмертная репатриация тела» - произведенные или санкционированные Сервисной компанией с предварительного согласия Страховщика расходы по посмертной репатриации тела (включая необходимые расходы на подготовку тела к репатриации) до ближайшего аэропорта

постоянного или временного места жительства Застрахованного, если его смерть наступила в результате несчастного случая или внезапного заболевания. Расходы по посмертной репатриации покрываются в пределах оговоренной в договоре страхования суммы. При этом Страховщик не оплачивает расходы на ритуальные услуги на месте постоянного жительства Застрахованного, если иное не предусмотрено договором страхования.

«Транспортные расходы» - возникновение следующих непредвиденных расходов:

- проживание и проезд третьего лица - расходы на проживание в месте пребывания и последующий проезд экономическим классом до места постоянного проживания одного близкого родственника или совершеннолетнего третьего лица, находящегося вместе с Застрахованным за пределами постоянного места жительства, если отъезд Застрахованного не состоялся вовремя, т.е. в день, указанный в проездных документах, находящихся на руках у Застрахованного, по причине наступления страхового случая, повлекшего необходимость пребывания Застрахованного на стационарном лечении или карантине.

Застрахованный, а также его близкий родственник или совершеннолетнее третье лицо, находящееся вместе с Застрахованным за пределами постоянного места жительства, обязаны вернуть (сдать) неиспользованные проездные документы, если они подлежат возврату, согласно оплаченному тарифу, а также оформить возврат денежных средств при досрочном выезде из гостиницы в месте временного пребывания. При этом расходы по пребыванию близкого родственника или совершеннолетнего третьего лица за пределами постоянного места жительства покрываются Страховщиком в пределах срока, указанного в договоре страхования;

Если, Застрахованный путешествовал один, и состояние его здоровья, по мнению лечащего врача ЛПУ, в котором он проходит лечение, является критическим, Страховщик или сервисная компания возмещает стоимость прямого и обратного билетов в экономическом классе для одного родственника (или другого лица) Застрахованного. При этом расходы по проживанию и питанию родственника (или другого лица) не покрываются.

«Эвакуация детей» - расходы по проезду в один конец экономическим классом несовершеннолетних детей, находящихся при Застрахованном во время пребывания за пределами постоянного места жительства, до места их постоянного проживания в случае, если дети остались без присмотра в результате произошедшего с Застрахованным несчастного случая или внезапного заболевания, а также оплату дорожных расходов одного взрослого, сопровождающего детей. Если Застрахованный не может назвать такого человека, то Страховщик организует и оплатит соответствующее сопровождение;

«Возвращение после длительной госпитализации» - возникновение расходов на репатриацию Застрахованного до места постоянного проживания в один конец экономическим классом, включая трансферт до аэропорта, в случае, если отъезд Застрахованного не состоялся вовремя, т.е. в день, указанный в проездных документах, находящихся на руках у Застрахованного, по причине наступления страхового случая, повлекшего необходимость пребывания Застрахованного на стационарном лечении. Застрахованный обязан вернуть (сдать) неиспользованные проездные документы и возместить их стоимость Страховщику. При несоблюдении данного условия Страховщик вправе вычесть из суммы возмещения расходов Застрахованного стоимость неиспользованных проездных документов.

3.3.2. Утрата (гибель) или повреждение багажа - событие, наступившее в период нахождения багажа под ответственностью перевозчика в результате:

а) стихийных бедствий - опасных геологических (землетрясение, извержение вулкана, обвал, оползень, камнепад, просадка (провал) грунта), гидрологических (наводнение, половодье, паводок, затопление, цунами, сель, лавина), метеорологических явлений и процессов (сильный ветер (в т.ч. ураган, вихрь, смерч, шторм, вихрь, шквал, циклон, тайфун); удар молнии (прямое попадание разряда в застрахованное имущество); град), критерии, которых устанавливаются действующими нормативами Росгидромета РФ;

б) пожара, взрыва, мер, принятых для тушения пожара;

в) кражи, грабежа, разбоя;

г) дорожно-транспортного происшествия, аварии транспортного средства при перевозке перевозчиком или несчастного случая с Застрахованным;

д) преднамеренной порчи багажа третьими лицами;

е) ошибочных действий транспортных или погрузочно-разгрузочных служб.

Страхованием не покрывается повреждение, уничтожение или утрата самого упаковочного средства для перевозки личного имущества Застрахованного (чемодан, дорожная сумка, рюкзак, саквояж и пр.).

3.3.3. Несостоявшееся поездка. Убытки, понесенные вследствие невозможности совершения Страхователем /Застрахованным поездки, если она не состоялась по следующим причинам:

- смерть, внезапное заболевание самого Страхователя/Застрахованного либо его близких родственников, наступившие в срок до пяти дней до даты выезда.

Под внезапным заболеванием понимается травма или острое заболевание, требующее лечения в стационаре;

- судебное разбирательство, приходящееся на период поездки, в котором Страхователь обязан участвовать по решению суда;

- получение в установленном действующим законодательством порядке вызова для выполнения воинских обязанностей в период, совпадающий со сроком поездки;

- обстоятельства непреодолимой силы, произошедшие в регионе, намечавшейся поездки: стихийные бедствия (землетрясения, извержение вулканов, наводнения, ураган, цунами, бури, шторм), эпидемии, карантин, военные действия, гражданская война, народные волнения, забастовки, мятежи, террористические акты, введение чрезвычайного или особого положения по распоряжению военных или гражданских властей субъекта Российской Федерации.

3.3.4. Расходы по получению юридической помощи, необходимость которой вызвана событиями, указанными в подп. 3.3.1 – 3.3.2 настоящих Правил страхования.

3.4. Договор страхования по желанию Страхователя может быть заключен на случай наступления всех или части перечисленных категорий расходов (убытков).

При заключении договора страхования на условии включения в него всех или части категорий расходов (убытков), предусмотренных настоящими Правилами, базовая тарифная ставка определяется как сумма тарифных ставок по каждому из рисков, включаемых в договор. К полученной тарифной ставке Страховщик вправе применять повышающие или понижающие коэффициенты, указанные в Приложении 1 к настоящим Правилам, в зависимости от результатов оценки страхового риска Страховщиком.

3.5. Страховщик вправе разрабатывать специальные программы страхования исходя из территории страхования, набора страховых рисков, размера страховой суммы (лимитов ответственности), срока действия договора страхования и иных критериев, что должно быть отражено в договоре страхования (страховом полисе).

3.6. Не являются страховыми случаями и не покрываются настоящим страхованием:

3.6.1. расходы на лечение заболеваний, которые в последние 24 месяца до начала ответственности Страховщика требовали лечения, а также хронических заболеваний и их обострений, кроме расходов на экстренную транспортировку и первую медицинскую помощь, направленных на спасение жизни Застрахованного, купирование острого состояния, при условии, что Застрахованному необходима неотложная медицинская помощь в связи с развитием угрожающего жизни состояния, в пределах лимита ответственности в соответствии с программой договора страхования.

3.6.2. расходы на лечение Застрахованного, возникшие вследствие обострения или осложнения наследственных и врожденных заболеваний, аномалий и пороков развития органов и их осложнений;

3.6.3. расходы на лечение Застрахованного, связанные с последствиями и/ или осложнениями после ранее перенесенных/установленных полиомиелита, энцефалита, менингита, полиневрита;

3.6.4. расходы на лечение Застрахованного при возникновении, обострении или осложнении таких заболеваний как: туберкулеза, саркоидоза, муковисцидоза, хронической почечной и печеночной недостаточности, хронического гепатита, цирроза печени, сахарного диабета и других эндокринных заболеваний, системных заболеваний соединительной ткани, болезни Бехтерева, заболеваний крови, герпеса, кожных заболеваний (псориаза, нейродермита, экземы), микозов, паразитарных заболеваний;

3.6.5. расходы, связанные с трансплантацией и/или протезированием органов и тканей, за исключением операции по переливанию крови и её компонентов;

3.6.6. расходы на лечение обострения или осложнения заболеваний системы кровообращения, требующих кардиохирургического или нейрохирургического оперативного лечения (коронарография, ангиография, баллонная ангиопластика коронарных артерий, аортокоронарное шунтирование, установка коронарного стента, имплантация электрокардиостимулятора и другое);

3.6.7. события, связанные с заболеваниями нервной системы (рассеянный склероз, нарушения речи и другое), опорно-двигательного аппарата, органов зрения и чувств нетравматического генеза, требующих сложного и/или реконструктивного оперативного лечения;

3.6.8. события, связанные с возникновением, обострении или осложнении психических заболеваний, судорожных состояний, неврозов (панические атаки, депрессия, истерические синдромы, стресс), а также различных травм и соматических заболеваний, возникших в связи с заболеваниями психической природы;

3.6.9. расходы, возникшие при умышленном причинении Застрахованным лицом себе телесных повреждений, суицидальными попытками, самоубийстве или покушении на самоубийство и возникшими в связи с этим осложнениями в состоянии здоровья;

3.6.10. расходы Застрахованного, связанные с контрацепцией, стерилизацией (или обратной процедурой), лечением бесплодия, оплодотворением или другими формами искусственной репродукции, вазэктомией, изменением пола или другими состояниями полового характера;

3.6.11. расходы, возникшие вследствие:

- консультаций, обследований, связанных с беременностью или лечением осложнений независимо от срока беременности, а также родового наблюдения, родов (в том числе преждевременных или по проведению кесарева сечения);

- проведения аборт, кроме случаев, когда операция выполнена с целью спасения жизни Застрахованного лица или вследствие документально подтвержденного несчастного случая.

3.6.12. в любом случае по п.3.6.11. Страховщик не несет никакой ответственности по отношению к новорожденному ребенку, и все расходы, связанные с его лечением, нахождением под медицинским наблюдением и передвижением, осуществляются за счет Застрахованного лица;

3.6.13. расходы в связи с любыми осложнениями менструального цикла;

3.6.14. расходы, связанные с лечением венерических заболеваний и заболеваний, передающихся половым или преимущественно половым путем, а также заболеваний, являющихся их следствием;

3.6.15. расходы на лечение ВИЧ-инфекции и заболеваний, являющихся ее следствием или осложнением;

3.6.16. расходы на лечение профессиональных заболеваний, вызванных вредным воздействием химических, физических производственных факторов, лазерного излучения, внезапных заболеваний и несчастных случаев, произошедших во время занятия профессиональной деятельностью, если иное не предусмотрено договором страхования;

3.6.17. расходы при солнечных ожогах, фотодерматитах, солнечной аллергии;

3.6.18. расходы на лечение онкологических заболеваний, новообразований (злокачественных и доброкачественных), в том числе кроветворной и лимфатической ткани, а также заболеваний, являющихся их следствием или осложнением, с момента установления диагноза;

3.6.19. расходы, возникшие в результате отказа Застрахованного от выполнения предписаний лечащего врача или врача-эксперта Страховщика, полученные им в связи с обращением по поводу внезапного заболевания или несчастного случая;

3.6.20. расходы, понесенные в связи с ухудшением состояния здоровья или смертью Застрахованного в результате того, что поездка в данный регион Российской Федерации была противопоказана Застрахованному лицу по состоянию здоровья;

3.6.21. расходы при любой эвакуации и/или репатриации, не организованной Страховщиком или Сервисной компанией, а также расходы, возникшие в результате добровольного отказа Застрахованного от эвакуации к постоянному месту жительства;

3.6.22. расходы, понесенные в том случае, если поездка была предпринята Застрахованным лицом с намерением получить лечение или связанные с обращением в медицинское учреждение с умыслом получения лечения;

3.6.23. расходы, связанные с лечением последствий несчастных случаев, произошедших с Застрахованным до застрахованной поездки;

3.6.24. расходы на экстракорпоральные методы лечения (гемодиализ, плазмофорез и т.п.), УФО крови;

3.6.25. расходы на компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, не согласованные с Сервисной компанией и/или Страховщиком;

3.6.26. расходы на устранение косметических дефектов лица (в том числе стоматологических), тела независимо от времени их возникновения;

3.6.27. расходы на косметическую, пластическую и восстановительную хирургию и всякого рода протезирование, включая зубное и глазное протезирование;

3.6.28. расходы на проведение иммунокоррекции, расширенное иммунологическое исследование;

3.6.29. расходы на стоматологические услуги, (кроме расходов на осмотр, лечение и медикаменты при острой зубной боли, а также при травме зуба в результате несчастного случая), лечение

заболеваний пародонта, замену старых пломб, зубопротезирование, включая подготовку к нему, восстановление (реконструкцию) коронковой части зуба, имплантацию зубов, ортодонтию;

3.6.30. расходы на нетрадиционные методы лечения;

3.6.31. расходы на лечение Застрахованного лица и уход за ним, осуществляемым его родственниками, независимо от того, являются ли они профессиональными медицинскими работниками или нет;

3.6.32. расходы, связанные с оказанием услуг Медицинским учреждением, не имеющим соответствующей лицензии, либо лицом, не имеющим права на осуществление медицинской деятельности;

3.6.33. расходы на оздоровительное и реабилитационное лечение в условиях стационаров, диспансеров, санаториев, пансионатах, домах отдыха, восстановительных центров и других специализированных Медицинских учреждений;

3.6.34. расходы на физиотерапию, массаж, мануальную терапию, занятия на тренажерах, ЛФК, бассейн, водолечение, гелиотерапия, солярий, гипербарическую оксигенацию, лазеротерапию, рефлексотерапию (акупунктуру и иглорефлексотерапию), гирудотерапию, хиропрактику, гомеопатию, фито- и натуротерапию, и так далее;

3.6.35. расходы на общие медицинские осмотры, обследования с профилактическими целями, не связанные с необходимостью диагностики острого заболевания или травмы в результате несчастного случая, на проведение вакцинации, дезинфекции;

3.6.36. расходы на услуги врача и лабораторные исследования, не связанные с несчастным случаем или внезапным заболеванием, а также события, связанные с приемом Застрахованным лицом лекарственных средств без назначения врача;

3.6.37. расходы, произведенные Застрахованным лицом на приобретение и ремонт медицинского оборудования, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, а также других корригирующих медицинских устройств и приспособлений, и расходы на их подгонку, если иное не предусмотрено договором страхования;

3.6.38. расходы на приобретение препаратов, которые не причисляются к лекарственным препаратам, несертифицированные лекарства, лекарства, состав которых скрывается составителем, а также пищевые продукты, укрепляющие средства, средства для похудения и слабительные, выдаваемые по рецепту, косметические средства, минеральная вода и так далее;

3.6.39. расходы на услуги, связанные с предоставлением дополнительного комфорта, а именно: одноместных палат и палат типа «люкс», телевизора, телефона, кондиционера, увлажнителя, услуг парикмахера, массажиста, косметолога, переводчика и так далее, а также на более интенсивное (более 3-х раз) или специальное питание Застрахованного. Даже, если это предписано врачом (более высококалорийное по сравнению с действующими стандартами в конкретном лечебном учреждении);

3.6.40. расходы на ритуальные услуги (погребение) на территории постоянного проживания Застрахованного лица, если иное не предусмотрено договором страхования;

3.6.41. расходы, возникшие после окончания срока действия договора страхования, кроме случаев, указанных в п.8.1.1. настоящих Правил;

3.6.42. расходы по стационарному лечению (на которое не было получено согласие Сервисной компании перед тем, как оно было начато, кроме предоставления медицинской помощи, направленной на спасение жизни Застрахованного), а также на хирургическое вмешательство или лечение, которое может быть отложено до возвращения Застрахованного лица к месту постоянного проживания;

3.6.43. расходы, имевшие место после возвращения в место постоянного проживания, если иное не предусмотрено договором страхования;

3.6.44. расходы на лечение от алкоголизма, наркомании и прочих злоупотреблений/зависимостей или другого состояния, связанного с привыканием или с лечением болезненных состояний, вызванных приемом наркотических, токсических веществ, алкогольных напитков, а также на лечение травм, полученных Застрахованным, находящимся при получении травмы под воздействием вышеуказанных веществ;

3.6.45. события, наступившие в результате дорожно-транспортного происшествия (или иной транспортной аварии, в том числе с использованием автомобиля, велосипеда, мотоцикла, мопеда, гидро- и квадроцикла, мотовездехода, снегохода, катера, моторной лодки и т.д.), если Застрахованное лицо управляло средством транспорта, не имея на то соответствующих прав или в состоянии алкогольного, наркологического или токсического опьянения, или передало управление лицу, не имеющему таких прав или находящемуся в состоянии алкогольного, наркологического или токсического опьянения, или Застрахованный пренебрег и не воспользовался средствами безопасности (защиты) как вместе, так и по отдельности, такими, как: ремень безопасности, шлем,

каска, спасательный жилет, а также иные средства безопасности, предусмотренные правилами эксплуатации транспортного средства, при возможности использования вышеуказанных средств безопасности в транспортном средстве;

3.6.46. события, произошедшие в связи с нахождением Застрахованного в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения и их последствий, а также расходы, понесенные в связи с проведением лечения Застрахованного лица, имеющего (на момент совершения поездки) инвалидность I, II, III группы либо состоящего на учете в психоневрологическом или наркологическом диспансере, если иное не оговорено условиями договора страхования;

3.6.47. события, при которых Застрахованное лицо по собственной воле пренебрегло средствами защиты от прямого или косвенного воздействия ионизирующей или проникающей радиации;

3.6.48. повреждения, полученные Застрахованным в результате его службы в любых вооруженных силах или формированиях, в результате совершения или попытки совершения Застрахованным противоправного деяния, находящегося в прямой причинно-следственной связи с наступившим событием, а также во время его участия в политических демонстрациях, митингах;

3.6.49. если иное не предусмотрено договором страхования - события, связанные с занятием, Застрахованным на любительском уровне.

При этом под занятием спортом на любительском уровне (любительским спортом) понимается занятие Застрахованным в спортивных кружках, секциях и т.д. на коммерческой основе или самостоятельные занятия спортом, не связанные с исполнением служебных обязанностей; за исключением случаев непосредственной подготовки или участия в конкурсах, соревнованиях, кубках, олимпиадах и/или подобных им мероприятиях, проводимых на уровне мира, России, между городами или иными регионами, а также между спортивными школами, секциями и аналогичными организациями.

3.6.50. события, наступившие в связи с: полетом Застрахованного лица на летательном аппарате, управляемом им, кроме случаев полета в качестве пассажира, оплатившего проезд регулярным авиарейсом или лицензированным чартерным перелетом по установленному маршруту, на самолете гражданской авиации, управляемом профессиональным пилотом; полетом Застрахованного на безмоторных летательных аппаратах, моторных планерах, суперлегких летательных аппаратах; прыжками с парашютом;

3.6.51. находящиеся в прямой зависимости с эпидемиями, загрязнением окружающей среды, стихийными бедствиями или введением карантина на территории страхования, известными до начала запланированной поездки, а также с особо опасными и тропическими заболеваниями как: чума, холера, оспа, желтая лихорадка, геморрагическая лихорадка;

3.6.52. расходы, превышающие лимиты ответственности, установленные программами страхования, на основании которых был заключен договор страхования;

3.6.53. по договору страхования, заключенному в соответствии с настоящими Правилами, не подлежит возмещению моральный ущерб.

3.7. По страхованию багажа не являются страховыми случаями и не покрываются настоящим страхованием, события, произошедшие в связи с:

3.7.1. износом, ржавчиной, плесенью, обесцвечиванием и другими естественными изменениями свойств застрахованного имущества;

3.7.2. порчей имущества насекомыми или грызунами;

3.7.3. царапинами, шелушением окраски, другими изменениями внешнего вида имущества, не вызвавшими нарушения его функций;

3.7.4. повреждением багажа, посланного отдельно (без сопровождения Застрахованного) или почтовым отправлением;

3.8. Ответственность Страховщика при страховании багажа не распространяется на:

- наличные деньги, драгоценности, ценные бумаги, дисконтные и банковские карточки, любого рода украшения;

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

- антикварные и уникальные изделия, произведения искусства и предметы коллекций;

- проездные документы, паспорта и любые виды документов, слайды, фотоснимки, фильмокопии, информацию на магнитных носителях;

- рукописи, планы, схемы, чертежи, образцы, модели, деловые и бухгалтерские бумаги;

- очки, контактные линзы, любые виды протезов;

- животных, растения, семена;

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

- предметы религиозного культа;

- меховые изделия (из натурального и искусственного меха);
- переносную (портативную) аудио-, фото-, кино-, видеоаппаратуру, мобильные телефоны, вычислительные и программные системы, пишущие машинки и так далее и любые принадлежности к ним.

3.9. Произошедшее событие не признается страховым случаем, если Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) нарушил следующие обязанности:

3.9.1. Страховщику не были предоставлены документы и сведения, необходимые для установления причин и обстоятельств наступления события, или были представлены неполные, недостоверные, а также ложные сведения о самом событии, характере и размере убытков, причиненных в результате данного события (в том числе сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица, об объеме и стоимости оказанных медицинских и связанных с ними услуг).

3.9.2. Страхователь (Застрахованный) препятствовал свободному доступу представителей Страховщика и/или Сервисной компании к Застрахованному лицу для освидетельствования его состояния либо отказался пройти обследование для оценки его фактического состояния и/или отказался дать согласие на предоставление Страховщику информации о состоянии его здоровья.

3.10. В договоре страхования по соглашению сторон могут быть предусмотрены и иные исключения из страхования в зависимости от степени риска и иных обстоятельств, оцениваемых Страховщиком при заключении договора страхования. В этом случае Страховщик применяет к базовым тарифным ставкам понижающие коэффициенты в установленных диапазонах применения согласно Приложению 1 к настоящим Правилам.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховая сумма – денежная сумма, которая определена договором страхования при его заключении, и исходя, из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

4.2. Страховая сумма по договору страхования определяется соглашением Страхователя со Страховщиком.

4.3. По соглашению сторон страховая сумма может быть установлена по договору страхования в целом, а также могут быть установлены лимиты ответственности по каждому или группе рисков, по каждому или группе застрахованных объектов.

В любом случае страховая выплата не может превышать установленные в договоре страхования соответствующие лимиты ответственности, а совокупность всех выплат не может превышать общую страховую сумму по договору.

4.4. Если расходы на лечение или другие расходы превышают в целом страховую сумму (лимит ответственности), установленную по договору страхования, то доля расходов, превышающая страховую сумму, оплачивается Страхователем (Застрахованным) самостоятельно.

4.5. При включении в договор страхования риска, связанного с возможным наступлением убытков вследствие утраты (гибели) или повреждения багажа страховая сумма, определяемая соглашением сторон, не превышает действительную стоимость имущества.

4.6. При страховании на случай несения Застрахованным убытков вследствие невозможности совершения поездки по причинам, перечисленным в настоящих Правилах, страховая сумма определяется в размере фактических расходов Застрахованного на организацию поездки.

4.7. При страховании на случай несения расходов по получению юридической помощи, страховая сумма определяется соглашением сторон и указывается в договоре страхования.

5. ФРАНШИЗА

5.1. Франшиза – часть убытков, которая определена договором страхования, не подлежит 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.

В соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной (Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).

При включении в договор страхования условия о франшизе Страховщик вправе применить к базовой тарифной ставке понижающие коэффициенты в диапазоне применения согласно Приложению 1 к настоящим Правилам.

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. ПРЯДОК ПРИМЕНЕНИЯ ПОВЫШАЮЩИХ И Понижающих КОЭФФИЦИЕНТОВ

6.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, предусмотренные в страховом полисе (страховая премия получается путем умножения страхового тарифа на страховую сумму).

Страховая премия уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации.

6.2. При заключении конкретного договора страхования Страховщик применяет рассчитанные им по каждому страховому риску базовые страховые тарифы (Приложение 1 к настоящим Правилам).

Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

Определение размера тарифной ставки, учитывающей продолжительность поездки Застрахованного лица, осуществляется в следующем порядке: первоначально определяется тарифная ставка на один день поездки (базовая тарифная ставка для средней продолжительности поездки делится на среднюю продолжительность поездки, принятую в методике расчета); полученная тарифная ставка умножается на количество дней поездки Застрахованного лица, предусмотренную сторонами в договоре страхования.

Основываясь на базовых тарифных ставках, Страховщик, в каждом конкретном случае при заключении договора страхования, для определения реальной тарифной ставки, учитывающей степень страхового риска и особенность имущественных интересов конкретного лица, связанных с возможными расходами (убытками) в период выезда за пределы постоянного места жительства, вправе применять к базовым тарифным ставкам повышающие и понижающие коэффициенты, указанные в Приложении 1 к настоящим Правилам.

Наличие минимальных и максимальных значений повышающих / понижающих коэффициентов позволяет Страховщику более полно определить риск возникновения у Страхователя расходов (убытков), возможные факторы риска (существенные обстоятельства, создающие или увеличивающие вероятность наступления страхового случая) и определять наиболее реальную тарифную ставку по конкретному договору страхования, что является одним из условий обеспечения финансовой устойчивости Страховщика.

В связи с отсутствием какой-либо утвержденной методики (рекомендаций) экономического (статистического) обоснования повышающих и понижающих коэффициентов, применяемых при определении конкретного страхового тарифа по конкретному договору добровольного страхования, их минимальные и максимальные значения, диапазоны применения, а также основные факторы риска, указанные в Приложении 1 к настоящим Правилам, определены с учетом многолетней практики применения системы повышающих (понижающих) коэффициентов российскими страховыми организациями.

6.3. Основанием для применения Страховщиком повышающих или понижающих коэффициентов (Приложение 1 к настоящим Правилам) являются результаты проведенной им оценки страхового риска, осуществляемой на основании: информации и документов, представленных Страхователем с заявлением на страхование, как из числа указанных в настоящих Правилах, так и дополнительно запрошенных Страховщиком; информации, самостоятельно полученной Страховщиком; которые позволяют Страховщику в совокупности выявить факторы риска, повышающие или понижающие вероятность наступления страхового случая по каждому из страховых рисков, включаемых в договор страхования, учесть особенности поездки Страхователя, время и места его пребывания.

При наличии факторов риска увеличивающих вероятность наступления страхового события по конкретному страховому риску (рискам) Страховщик применяет к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты (конкретное значение определяется исходя из вида, количества и значимости факторов риска по своему воздействию на наступление страхового случая), а при отсутствии факторов риска или их незначительном влиянии на наступление страхового случая, Страховщик применяет к базовой тарифной ставке понижающие коэффициенты.

Обоснование необходимости применения к базовой тарифной ставке повышающих или понижающих коэффициентов, их конкретный размер в установленных настоящими Правилами диапазонах применения, перечисление факторов риска, увеличивающих вероятность наступления страхового случая, и обстоятельств, понижающих вероятность наступления страхового случая, производится Страховщиком в конкретном договоре страхования с учетом оценки страхового риска.

При этом Страховщик руководствуется правом, предоставленным ему Гражданским кодексом РФ и Законом РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации" на оценку страхового риска.

6.4. При заключении договора страхования в соответствии с настоящими Правилами Страховщик осуществляет комплекс последовательных действий, направленных на определение степени страхового риска, а именно: анализируется информация и изучаются документы, представленные Страхователем вместе с заявлением на страхование, как из числа указанных в настоящих Правилах, так и дополнительно запрошенных Страховщиком, характеризующих состояния здоровья страхуемого лица, цель поездки, место пребывания; привлекает экспертов для оценки состояния страхуемого лица и вероятности наступления страхового события по каждому из страховых рисков, включаемых в договор страхования; самостоятельно получает дополнительную информацию, статистические данные в организациях, располагающих такой информацией. На основе полученных результатов Страховщик делает вывод о степени страхового риска (вероятности наступления страхового события), принимает решение о страховании/ отказе в страховании, применении к базовой тарифной ставке повышающих или понижающих коэффициентов.

6.5. Страховой тариф по конкретному договору добровольного страхования определяется по соглашению сторон.

6.6. Страховая премия по договору страхования уплачивается Страхователем одновременно при заключении договора страхования наличными деньгами или безналичным порядком.

Днем (моментом) уплаты страховой премии считается:

при безналичной оплате - день поступления денежных средств на счет Страховщика;

при наличной оплате - день уплаты премии наличными деньгами в кассу Страховщика.

6.7. В случае неуплаты Страхователем в установленный договором срок страховой премии договор страхования считается не вступившим в силу.

7. СРОК СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при наступлении страхового случая осуществить страховую выплату, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в порядке и сроки, установленные договором страхования.

7.2. Для заключения договора страхования Страхователь представляет Страховщику заявление в устной или в письменной форме. При предоставлении заявления в письменной форме используется бланк заявления установленной формы (Приложение 4 к Правилам страхования). Форма, в которой должно быть подано заявление, определяется Страховщиком в каждом конкретном случае.

7.3. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (степени страхового риска).

Существенной, во всяком случае, признается информация о Застрахованных лицах, их паспортных данных, возрасте и количестве Застрахованных, состоянии их здоровья, установление Застрахованному инвалидности I или II группы, присвоение категории «ребенок-инвалид», постановка на учет в наркологическом или психоневрологическом диспансере, занятие Застрахованным активным отдыхом, любыми видами спорта на профессиональном или любительском уровне, а также участие в соревнованиях любого рода, Территория страхования, цель, сроки и иные условия совершения поездки, а также иные обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в стандартной форме договора страхования (полиса), приложениях к нему, заявлении на страхование или в письменном запросе Страховщика.

При заключении договора страхования Страховщик вправе потребовать медицинское обследование страхуемого лица для оценки фактического состояния его здоровья.

7.4. При заключении договора страхования до получения ответов Страхователя на поставленные Страховщиком вопросы, последний не может впоследствии требовать расторжения

договора либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем.

7.5. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

7.6. По соглашению сторон договор страхования заключается на конкретный срок поездки. Договор страхования расходов, связанных с отменой поездки, вступает в силу со дня, следующего за днем заключения договора страхования, и прекращает действие после покидания Застрахованного места постоянного проживания.

Договор страхования расходов, связанных с отменой поездки, заключается не позднее, чем за 30 дней до начала действия путевки.

7.7. При заключении договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение по следующим существенным условиям:

- об объекте страхования;
- о характере события, на случай наступления, которого осуществляется страхование (страхового случая);
- о размере страховой суммы;
- о сроке действия договора.

7.8. Индивидуальный договор страхования заключается в письменной форме и оформляется на бланке страхового полиса установленного образца, подписанного Страховщиком (Приложение 2 к настоящим Правилам).

В соответствии со статьей 160 Гражданского Кодекса Российской Федерации страховой полис может быть удостоверен факсимильной подписью Страховщика.

Согласие Страхователя с условиями договора страхования и факсимильной подписью Страховщика удостоверяется подписью Страхователя в страховом полисе и/или уплатой страховой премией.

7.9. Коллективный договор страхования заключается путем составления договора страхования, подписанного сторонами (Приложения 3 к настоящим Правилам). При коллективном страховании к договору прикладывается список Застрахованных лиц.

7.10. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу в момент уплаты страховой премии.

Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на страховые случаи, произошедшие после вступления договора страхования в силу, если в договоре не предусмотрен иной срок начала действия страхования.

7.11. При переоформлении договора (полиса) страхования по заявлению Страхователя в связи с переносом сроков выезда или утратой страхового полиса оформляется новый страховой полис либо его дубликат с оплатой Страхователем понесенных Страховщиком расходов на ведение дела.

7.12. Если к моменту окончания срока действия договора страхования возвращение Застрахованного было отложено в связи с:

7.12.1. невозможностью покинуть место временного пребывания по независящим от Застрахованного причинам (климатические условия, поломка авиационного борта и тому подобное), то срок действия договора страхования (страхового полиса) продлевается на дополнительные 48 (Сорок восемь) часов, считая с 00 часов даты, следующей за датой, указанной в договоре страхования как дата окончания срока его действия, если данное условие оговорено договором страхования;

7.12.2. госпитализацией Застрахованного вследствие страхового случая, то срок действия договора страхования (страхового полиса) продлевается на срок, необходимый для восстановления состояния здоровья Застрахованного до состояния, позволяющего произвести его транспортировку, но не более 14 (Четырнадцать) календарных дней, считая с даты, указанной в договоре страхования как дата окончания срока его действия.

7.13. Факт невозможности Застрахованного покинуть место временного пребывания должен быть документально подтвержден компетентными органами (перевозчик, стационарное лечебное учреждение, сервисная компания).

7.14. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя (Застрахованного), если в

договоре (страховом полисе) прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении договора Правил страхования должно быть удостоверено записью в договоре.

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

7.16. Договор страхования исполняется сторонами в соответствии с законами Российской Федерации, иными нормативными правовыми актами и настоящими Правилами страхования.

7.17. При заключении договора страхования Страховщик имеет право на обработку персональных данных (в соответствии с законодательством о персональных данных), сообщенных Страхователем при заключении договора страхования (в том числе распространение, использование, хранение, а также предоставление третьим лицам), в целях осуществления страховой деятельности, предоставления информации о страховых продуктах и о продуктах своих партнеров, в том числе путем осуществления с ним прямых контактов с помощью средств связи, в иных целях, не запрещенных законодательством, если иное не предусмотрено договором страхования.

7.18. Вопросы, не урегулированные настоящими Правилами, определяются в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

Если после заключения договора принят закон, устанавливающий обязательные для сторон правила иные, чем те, которые действовали при заключении договора, условия заключенного договора сохраняют силу, кроме случаев, когда в законе установлено, что его действие распространяется на отношения, возникшие из ранее заключенных договоров.

8. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования прекращается в случаях:

8.1.1. Истечения срока его действия (в 24 часа 00 минут дня, определенного договором в качестве даты окончания срока его действия; в случае необходимости продолжения лечения в связи со страховым случаем, произошедшим в период действия договора страхования, ответственность Страховщика заканчивается не позднее чем через 14 суток от даты, обозначенной в полисе, как окончание срока страхования).

8.1.2. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору в полном объеме (в момент выплаты страхового возмещения в связи с наступлением страхового случая: при перечислении безналичным расчетом – принятие банком платежного поручения к исполнению; при выплате через кассу Страховщика – получение денежных средств Выгодоприобретателем).

8.2. Договор страхования прекращается досрочно в случаях:

8.2.1. Ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом (с момента регистрации решения учредителей Страхователя в соответствующем органе исполнительной власти; со дня смерти Страхователя).

8.2.2. Ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательными актами Российской Федерации.

В случае отзыва лицензии Страховщик, в течение месяца со дня вступления в силу данного решения органа страхового надзора, уведомляет Страхователя об отзыве лицензии, о досрочном прекращении договора страхования и/или о передаче обязательств, принятых по договору страхования (страхового портфеля), с указанием страховщика, которому данный портфель может быть передан. При этом уведомлением признается также опубликование указанной информации в периодических печатных изданиях, тираж каждого из которых составляет не менее 10 тысяч экземпляров и которые распространяются на территории осуществления деятельности Страховщика, а также размещение информации об отзыве лицензии на официальном сайте Страховщика;

8.2.3. Расторжения договора страхования по инициативе одной из сторон в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации (со дня, указанного сторонами в соглашении или заявлении о расторжении договора).

8.3. Договор также досрочно прекращается в случае отказа Страхователя от замены Страховщика при передаче последним страхового портфеля другому Страховщику в соответствии с законодательством Российской Федерации. В этом случае Страхователю возвращается часть страховой премии пропорционально разнице между сроком, на который был заключен договор страхования, и сроком, в течение которого он действовал.

8.4. Договор страхования может быть прекращен до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам, иным, чем страховой случай.

При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, иным, чем страховой случай, Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

Возврат части уплаченной Страхователем премии осуществляется на основании его заявления о досрочном прекращении договора страхования (Приложение 8 к настоящим Правилам) в течение десяти рабочих дней с момента прекращения договора страхования путем перечисления денежных средств на расчетный счет Страхователя или выплаты через кассу Страховщика.

8.5. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, иным, чем страховой случай. Досрочное расторжение договора осуществляется на основании устного или письменного (в произвольной форме) заявления Страхователя на имя Страховщика.

В этом случае, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором не предусмотрено иное (конкретный размер части страховой премии, подлежащей в данном случае возврату Страхователю, определяется Страховщиком в каждом конкретном случае пропорционально не истекшему периоду действия договора страхования).

8.6. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в течение пяти рабочих дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

8.6.1. Если страхователь отказался от договора страхования в течение пяти рабочих дней со дня его заключения, и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования (дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

8.6.2. Если Страхователь отказался от договора страхования в течение пяти рабочих дней со дня его заключения, но после даты начала действия страхования, 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 страхования.

8.7. 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 срока, определенного в соответствии с пунктом 8.6. настоящих Правил.

Возврат части уплаченной Страхователем премии осуществляется на основании его заявления о досрочном прекращении договора страхования в течение десяти рабочих дней с момента прекращения договора страхования путем перечисления денежных средств на расчетный счет Страхователя или выплаты через кассу Страховщика.

8.8. Изменение и расторжение сторонами договора страхования осуществляется в письменном виде в соответствии с положениями, предусмотренными Гражданским кодексом Российской Федерации и настоящими Правилами.

8.7. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским кодексом Российской Федерации, а также, если он ставит Страхователя (Застрахованного) в худшее положение по сравнению с тем, которое предусмотрено законодательством Российской Федерации или договор заключен после наступления страхового случая.

Признание договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации.

9. ИЗМЕНЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА

9.1. В период действия договора страхования Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска (изменения в сведениях, указанных в

Заявлении на страхование, первичное диагностирование хронического заболевания, получение травмы тяжелой и средней тяжести), а также обстоятельства, предусмотренные в договоре страхования.

9.2. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска Страховщик вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

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

9.3. При неисполнении Страхователем (Застрахованным) обязанностей по сообщению Страховщику об увеличении страхового риска, последний вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков.

Страховщик не вправе требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. Страховщик имеет право:

10.1.1. Проверять сообщаемую Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований договора страхования.

10.1.2. Потребовать обследование страхуемого лица для оценки фактического состояния его здоровья.

10.1.3. Самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая, при необходимости запрашивать сведения у компетентных органов, медицинских учреждений, Сервисных компаний, располагающих информацией об обстоятельствах наступившего события, а также самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события.

10.1.4. Досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

10.1.5. Отказать в страховой выплате или уменьшить ее размер в случае невыполнения Страхователем (Застрахованным) требований договора страхования.

10.1.6. При форс-мажорных обстоятельствах отказаться от выполнения обязательств по договору страхования или изменить срок их выполнения (то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств – природные стихийные явления, военные действия, массовые заболевания и т.п.).

10.2. Страховщик обязан:

10.2.1. при заключении договора страхования ознакомить Страхователя с Правилами страхования.

Страховщик по требованию Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, обязан разъяснять положения, содержащиеся в правилах страхования и договорах страхования, предоставлять расчеты изменения страховой суммы в течение срока действия договора страхования, расчеты величины страховой выплаты.

10.2.3. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным).

10.2.4. Соблюдать условия настоящих Правил и договора страхования.

10.2.5. Применять актуарно (экономически) обоснованные страховые тарифы, которые рассчитываются в соответствии с методикой расчета страховых тарифов.

10.2.6. Соблюдать требования страхового законодательства.

10.3. *После получения сообщения о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страховщик обязан:*

10.3.1. Обеспечить выполнение своих обязательств по договору (полису) страхования.

10.3.2. Выяснить обстоятельства наступления события.

10.3.3. После получения всех необходимых документов, при признании наступившего события страховым случаем, в течение 10-ти рабочих дней составить страховой акт и произвести расчет суммы страховой выплаты.

10.3.4. Произвести страховую выплату (или сообщить об отказе в выплате при наличии оснований) в установленный договором страхования срок.

10.4. *Страхователь (Застрахованный) имеет право:*

10.4.1. Требовать от Страховщика выполнения обязательств по договору страхования.

10.4.2. По согласованию со Страховщиком изменить условия договора страхования в части увеличения размера страховой суммы или срока страхования.

10.4.3. Страхователь, Застрахованный, Выгодоприобретатель вправе требовать от Страховщика разъяснений положений, содержащиеся в правилах страхования и договорах страхования, предоставления расчетов изменения страховой суммы в течение срока действия договора страхования, расчетов величины страховой выплаты.

10.4.4. В течение 3-х рабочих дней, с момента обращения к Страховщику, получить дубликат полиса в случае его утраты.

10.4.5. При условии заключения договора страхования на условиях Вариант 1 самостоятельно оплатить расходы на экстренные услуги, предусмотренные договором (полисом) страхования, с последующей их компенсацией Страховщиком в соответствии с настоящими Правилами.

10.4.6. Расторгнуть договор страхования до начала в порядке, предусмотренном гражданским законодательством и Правилами страхования.

10.4.7. На получение от Страховщика информации, касающейся его финансовой устойчивости, не являющейся коммерческой тайной.

10.4.8. Отказаться от замены Страховщика в случаях и порядке, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

10.5. *Страхователь (Застрахованный) обязан:*

10.5.1. При заключении договора страхования сообщить Страховщику достоверные сведения о принимаемом на страхование лице, а также о всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки страхового риска.

10.5.2. Уплатить страховую премию в размерах и сроки, определенные договором (полисом) страхования.

10.5.3. Обеспечить своевременное вручение Застрахованным страховых полисов.

10.5.4. Соблюдать порядок пользования страховым полисом и обеспечить его сохранность.

10.5.5. Во время поездки соблюдать законодательство и обеспечить сохранность застрахованного багажа (не оставлять вещи без присмотра, не передавать их посторонним (случайным) лицам, не перевозить взрывоопасные и легковоспламеняющиеся предметы и т.п.).

10.5.6. Соблюдать условия настоящих Правил и договора (полиса) страхования.

10.5.7. При заключении договора страхования Застрахованный освобождает врачей медицинских учреждений от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в части, касающейся страхового случая.

10.5.8. Страхователь, заключивший Договор страхования со Страховщиком на условиях настоящих Правил страхования, подтверждает свое согласие на обработку Страховщиком перечисленных ниже персональных данных Страхователя для осуществления страхования по Договору страхования, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, а также в целях информирования Страхователя о других продуктах и услугах Страховщика.

Страхователь несет персональную ответственность за предоставление согласия физических лиц -Выгодоприобретателей на обработку их персональных данных

Персональные данные Страхователя включают в себя: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, паспортные данные, адрес проживания, другие данные, указанные в заключенном со Страховщиком Договоре страхования (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения и др.), которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством РФ к персональным данным.

Страхователь предоставляет Страховщику право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные посредством включения их в электронные базы данных Страховщика.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору страхования передавать персональные данные Страхователя третьим лицам, при условии, что у Страховщика есть соглашение с указанными третьими лицами, обеспечивающее безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных.

Подтверждая получение настоящих Правил страхования, Страхователь дает свое согласие на обработку персональных данных Страхователя с момента заключения Договора страхования (если заключению Договора страхования предшествовала подача Страхователем заявления на страхование, то согласие действует с даты, указанной в заявлении на страхование). Согласие Страхователя на обработку персональных данных Страхователя действует в течение 10 лет (если иное не установлено Договором страхования).

Страхователь вправе отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика. В случае поступления Страховщику от Страхователя письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, согласие считается отозванным с даты поступления указанного заявления Страховщику. После окончания срока действия Договора страхования (в том числе при его расторжении) или отзыва согласия на обработку персональных данных Страховщик обязуется прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные Страхователя в срок, не превышающий 10 лет с даты окончания срока действия Договора страхования/ отзыва согласия на обработку персональных данных.

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.

Указанные выше положения настоящего пункта Правил страхования относятся также и к Выгодоприобретателю/ Застрахованному лицу в случае подписания им согласия на обработку Страховщиком персональных данных.

10.6. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь (Застрахованный) обязан:

10.6.1. Безотлагательно обратиться за медицинской помощью и лечением в медицинское учреждение, Сервисную компанию, представителю Страховщика, указанных в страховом полисе., исходя из варианта страхования.

10.6.2. Приложить все усилия для ограничения последствий страхового случая.

10.6.3. Если Застрахованный заключил договор страхования на условиях Варианта 1, и самостоятельно понес расходы, связанные со страховым случаем, он должен в течение 3-х дней после возвращения из поездки в письменной форме заявить Страховщику о случившемся и представить следующие документы:

- заявление на возмещение расходов, связанных со страховым случаем, с обоснованием причин не обращения в Сервисную компанию для оказания необходимой медицинской помощи;

- договор страхования (страховой полис);

- оригинал справки-счета из медицинского учреждения (на фирменном бланке или с соответствующим штампом) с указанием фамилии пациента, диагноза, даты обращения за медицинской помощью, продолжительности лечения, с перечнем оказанных услуг с разбивкой их по датам и стоимости, с итоговой суммой к оплате;

-при стационарном лечении-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). 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;

- при амбулаторном лечении-оригинал выписки из медицинской карты 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;

- оригиналы выписанных врачом в связи с данным заболеванием рецептов со штампом аптеки и указанием стоимости каждого приобретенного медикамента;

- оригинал направления, выданного врачом, на прохождение лабораторных исследований и счет лаборатории с разбивкой по датам, наименованиям и стоимости оказанных услуг;

- документы, подтверждающие факт оплаты за лечение, медикаменты и прочие услуги (штамп об оплате, расписка в получении денег или подтверждение банка о перечислении суммы).

-оригинал документа (Постановление о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела; справка о ДТП с приложением по форме, утвержденной действующим законодательством РФ, нормативными актами; решение судебного органа; справка МЧС), выданного соответствующим органом МВД, МЧС, прокуратуры, суда, в пределах компетенции которого находится установление факта и обстоятельств соответствующего события, или копии документа, заверенного должностным лицом и печатью МВД, МЧС, прокуратуры (в случае необходимости, а именно : ДТП, авиакатастрофы, железнодорожной катастрофы, происшествия на водном транспорте, пожар, противоправные действия);

10.6.4. Все документы, предусмотренные разделом 10.6.3. и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на русском языке. Если предоставляемые Страховщику документы выданы на территории национальных республик РФ, то они должны быть настоящим образом легализованы, в т.ч. иметь апостиль (если применимо) и/или нотариально заверенный перевод. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа, Страховщик вправе отложить решение по заявленному событию до предоставления документов надлежащего качества.

10.6.5. До тех пор, пока Страховщику не будут представлены все документы и материалы, необходимые для установления обстоятельств события, имеющего признаки страхового случая, страховая выплата не производится.

10.7. При утрате застрахованного багажа Страхователь (Застрахованный) обязан:

10.7.1. обратиться на месте происшествия в правомочные органы (представители транспортной организации, местные правоохранительные органы, МЧС) для получения документов, фиксирующих факт утраты или повреждения багажа. Отказ указанных органов в надлежащем составлении соответствующих документов также должен быть оформлен в письменном виде.

10.7.2. Заявление и документы на получение страхового возмещения должны быть предоставлены Страховщику не позднее 3-х рабочих дней после возвращения Застрахованного из поездки, во время которой произошел страховой случай. В заявлении также должны быть указаны характер и обстоятельства страхового случая, организация, формировавшая туристическую группу, дата начала поездки, перечень утраченных или поврежденных вещей. К заявлению прилагаются чеки, квитанции, ярлыки и т.п. на утраченные или поврежденные вещи. К заявлению также должны быть приложены документы, указанные в п.10.7.1.

10.8. Несвоевременное уведомление Страховщика о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, дает последнему право отказать в выплате страхового возмещения, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении события либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое возмещение.

11. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА УБЫТКА И СУММЫ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

11.1. Страховая выплата - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования, и выплачивается Страховщиком Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю при наступлении страхового случая.

11.2. После получения от Страхователя сообщения и заявления о наступлении события, имеющего признаки страхового случая (Приложение 5 к настоящим Правилам), Страховщик осуществляет следующие действия:

11.2.1. Устанавливает факт страхового случая: проверяет соответствие приведенных в заявлении Страхователя сведений (время, место, обстоятельства события) условиям договора страхования и настоящим Правилам; определяет факт и причины возникновения события, вследствие которого у Застрахованного возникли расходы (убытки); проверяет, было ли

происшедшее событие и наступившие убытки предусмотрены договором страхования; определяет необходимость привлечения экспертов, осуществляет иные действия, направленные на установление факта страхового случая.

11.2.2. При признании происшедшего события страховым случаем определяет размер понесенных Застрахованным расходов (убытков), осуществляет расчет суммы страхового возмещения и ее получателей, составляет акт о страховом случае (страховой акт), производит страховую выплату (отказывает в выплате) в сроки, предусмотренные настоящими Правилами.

11.3. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страховщик определяет размер расходов (убытков), наступивших вследствие этого события, в следующем порядке:

11.3.1. При заключении договора страхования по Варианту 1, при внезапном заболевании или несчастном случае - на основании заявления и документов, представленных Застрахованным и свидетельствующих о произведенных им расходах по оплате лечебному учреждению места пребывания оказанных медицинских услуг в связи с внезапным заболеванием или несчастным случаем (выписка из истории болезни, оригинал справки-счета медицинского учреждения с указанием фамилии пациента, диагноза, продолжительности лечения, результатов обследования, перечня оказанных услуг с указанием стоимости, оригиналы выписанных врачом рецептов с приложением кассовых чеков, свидетельствующих о стоимости лекарств). Перечень документов указан в п. 10.6.5.

11.3.2. При заключении договора страхования по Вариантам 2 и 3, при внезапном заболевании или несчастном случае - на основании документов, полученных от Сервисной компании "Ассистанс" или лечебного учреждения, свидетельствующих об объеме оказанных медицинских услуг и их стоимости. В случае репатриации Застрахованного, находившихся при нем несовершеннолетних лиц и принадлежащего ему имущества, транспортных расходах, Сервисная компания представляет Страховщику все документы, связанные с репатриацией: список сопровождавших лиц, чеки, счета, проездные документы.

Если Застрахованный самостоятельно оплатил расходы, не согласованные и не санкционированные Сервисной компанией или Страховщиком, то такие расходы возмещению не подлежат.

11.3.3. По убыткам, понесенным Застрахованным вследствие утраты (гибели) или повреждения багажа - на основании заявления и документов, указанных в п. 10.7.1., представленных самим Застрахованным или полученных по запросу Страховщика от компетентных органов места пребывания, соответствующих служб аэропорта, перевозчика.

В зависимости от событий, явившихся причиной утраты (повреждения) багажа, к заявлению Застрахованного прилагаются также следующие документы:- при пожаре – акты противопожарных органов, заключения пожарно-технической экспертизы, специальной комиссии по расследованию причин пожара, документы, связанные с расследованием причин пожара и гибели (повреждения) багажа Застрахованного;

- при взрыве – акты, заключения аварийно-технических служб, правоохранительных органов, документы, связанные с расследованием обстоятельств взрыва и гибели (повреждения) багажа Застрахованного;

- при противоправных действиях третьих лиц – заключения правоохранительных органов о факте утраты (повреждения) багажа Застрахованного и виновных лицах.

11.3.4. По убыткам и расходам, понесенным Застрахованным из-за невозможности совершить поездку:

- письменное заявление, содержащее полную информацию о страховом случае;
- оригинал Страхового полиса и документ, подтверждающий своевременную и полную оплату страховой премии;
- платежный документ установленной формы, подтверждающий своевременную и полную оплату тура (турпутевка, кассовый чек или иной платежный документ, форма которого установлена Соглашением между туроператором и Страховщиком);
 - оригинал договора с туристической организацией;
 - оригинал ваучера(брони) на проживание в отеле;
 - письменное подтверждение от туристической организации размера удержанных в соответствии с договором штрафных санкций на фирменном бланке за подписью и печатью Генерального директора и Главного бухгалтера;
- документы, подтверждающие наступление страхового случая;

- при невозможности совершить поездку вследствие острого заболевания или травмы Застрахованного – выписка из истории болезни, заверенная подписью и печатью Главного врача ЛПУ; выписка из медицинской карты с заключением клинико-экспертной комиссии государственного ЛПУ о том, что в течение указанного периода времени планируемая поездка противопоказана Застрахованному с указанием сроков и причин, заверенная подписью и печатью Главного врача ЛПУ;

- при невозможности совершить поездку вследствие смерти Застрахованного или его/ее близкого родственника – нотариально заверенная копия свидетельства о смерти; документы, подтверждающие родственную связь Застрахованного с умершим;

- при невозможности совершить поездку вследствие судебного разбирательства, возбуждения уголовного дела – заверенная судебным органом копия судебной повестки или постановление о привлечении в качестве обвиняемого;

- при невозможности совершить поездку вследствие вызова для выполнения воинских обязанностей в период, совпадающий со сроком поездки- заверенная военкоматом или органом оформившим такой вызов, копия документа, подтверждающая факт призыва.

- справки МЧС или Гидрометцентра, официальные постановления местных властей, подтверждающие обстоятельства непреодолимой силы, произошедшие в регионе, намечавшейся поездки.

- документ, подтверждающий факт сдачи проездного документа, путевки и т.д. и суммы возмещения и / или потерь полученные Застрахованным от этих операций;

11.3.5. Расходы Застрахованного по получению юридической помощи рассматриваются Страховщиком, в случае если необходимость ее получения связана с рисками, включенными в договор страхования, и определяются на основании документов, представленных Застрахованным или Сервисной компанией (договоры на оказания услуг, счета юридических или адвокатских фирм).

11.4. Расходами на лечение являются издержки, засвидетельствованные на имя Застрахованного, на процедуры, операции, обслуживание в больнице, лекарственную помощь, опеку со стороны медицинского персонала, затраты на приобретение прописанных врачом лекарств и средств перевязки (кроме указанных в п.3.6. настоящих Правил), а также дополнительные расходы в связи с несчастным случаем или внезапным заболеванием:

- на проезд и содержание лиц в целях организации дел, связанных с госпитализацией Застрахованного лица (по согласованию со Страховщиком), если необходимость присутствия таких лиц вызвана состоянием здоровья Застрахованного, а его возвращение к месту постоянного жительства не представляется возможным по медицинским показаниям;

- связанные с репатриацией Застрахованного, находившихся при нем несовершеннолетних лиц, принадлежащего ему имущества;

- на содержание и проезд лиц, сопровождающих и организующих репатриацию Застрахованного при наличии письменного предписания врача о необходимости такого сопровождения;

- связанные с транспортировкой тела Застрахованного.

11.5. При утрате (гибели) или повреждении багажа страховое возмещение выплачивается в размере стоимости утраченного или поврежденного имущества Застрахованного с учетом его износа, но в пределах страховой суммы.

При повреждении имущества - в размере суммы, на которую понизилась его стоимость. Если в результате повреждения имущества качество его изменилось настолько, что оно не может быть использовано по первоначальному назначению и Застрахованный, воспользовавшись своим правом, отказался от данного имущества и потребовал от Страхователя возмещения стоимости имущества, то в этом случае страховому возмещению подлежит стоимость этого имущества.

11.6. При невозможности совершить Застрахованным поездку страховая выплата производится в размере действительно произведенных им затрат на осуществление данной поездки, за вычетом сумм, возвращенных Застрахованному за приобретение путевок, проездных билетов и т.п.

11.7. В случае обращения за юридической помощью в месте пребывания, необходимость и целесообразность которой была вызвана событиями, предусмотренными договором страхования, и согласованное Страховщиком, возмещению подлежат его фактические расходы, не превышающие размер страховой суммы, установленной договором страхования.

11.8. Для получения более полной информации о наступившем событии Страховщик вправе запрашивать сведения, связанные с наступившим страховым случаем, у медицинских учреждений и других организаций, располагающих информацией о наступившем событии, а также

самостоятельно выяснять причины и обстоятельства, связанные с его возникновением, расходами и убытками Застрахованного.

При необходимости к работе по определению причин страхового случая и размера убытков могут быть привлечены независимые эксперты, оплата услуг которых осуществляется требующей стороной.

11.9. После получения всех необходимых документов и сведений о наступившем событии Страховщик проводит анализ на предмет признания события страховым случаем и принимает решение о признании события страховым, страховой выплате или отказе в выплате.

Все обязательства, вытекающие из договора страхования, при наступлении страхового случая, предусмотренного настоящими Правилами, должны быть исполнены Страховщиком не позднее 30-ти календарных дней с момента¹ получения Страховщиком всех необходимых документов по наступившему событию.

11.10. Если Страховщик признает наступившее событие страховым случаем и при отсутствии судебного спора между сторонами, он, на основании заявления, документов, представленных Застрахованным, а также самостоятельно полученных им материалов и информации, в течение 10-ти рабочих дней с момента получения всех необходимых документов, составляет и подписывает страховой акт (Приложение 6 к настоящим Правилам), в котором указываются обстоятельства страхового случая, обоснование произведенных расчетов понесенных Застрахованным расходов (убытков), размер суммы страхового возмещения, подлежащей выплате Застрахованному (Сервисной компании, медицинскому учреждению) и принимает решение о страховой выплате.

Страховой акт не оформляется, если при проверке заявления Застрахованного (материалов Сервисной компании, медицинского учреждения) установлено, что заявленные расходы и убытки наступили не в результате страхового случая. В этом случае стороны, в течение 5-ти рабочих дней с момента принятия такого решения (в пределах срока, предусмотренного для составления страхового акта), составляют документ произвольной формы, в котором указываются причины, по которым страховой акт не был составлен, или Страховщик направляет в тот же срок письменное уведомление с указанием причин непризнания наступившего события страховым случаем и принятом решении об отказе в страховой выплате.

11.11. При наличии судебного спора между сторонами размер страхового возмещения определяется в соответствии с решением суда, с учетом объема ответственности Страховщика по договору страхования в пределах лимитов ответственности и страховой суммы.

11.12. Размер страховой выплаты устанавливается в пределах лимитов ответственности по конкретной программе страхования, определенной в договоре страхования.

11.14. В случае утраты, гибели застрахованного имущества Страхователь, Выгодоприобретатель вправе отказаться от своих прав на него в пользу Страховщика в целях получения от него страховой выплаты (страхового возмещения) в размере полной страховой суммы.

12. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

12.1. Страховщик не вправе отказать в страховой выплате по основаниям, не предусмотренным федеральным законом или договором страхования.

Страховщик производит страховые выплаты в течение 10-ти рабочих дней после принятия решения о страховой выплате.

12.2. Страховая выплата по договорам страхования производится в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

12.3. По расходам, связанным с оказанием Застрахованному медицинской помощи вследствие внезапного заболевания или несчастного случая, выплата страхового возмещения осуществляется в следующем порядке:

- Сервисной компании или медицинскому учреждению, если договор страхования был заключен по Варианту 2 или 3. Выплата производится путем оплаты выставленных счетов с учетом объема оказанных сервисных услуг и расходов, возникших при оказании Застрахованному медицинской помощи вследствие несчастного случая или внезапного заболевания;

¹ Такой момент исчисляется с 00 час. 00 мин. дня, следующего за днем получения Страховщиком телеграммы, факсы, электронного сообщения; факт получения Страховщиком сообщения от Страхователя регистрируется в Компании в журнале учета входящей корреспонденции (информации) специально уполномоченным сотрудником Страховщика.

- Застрахованному, если договор страхования был заключен по Варианту 1. Возмещение расходов Застрахованного осуществляется на основании его заявления и предъявленных Страховщику документов, подтверждающих произведенные им расходы вследствие внезапного заболевания или несчастного случая (счета, квитанции и т.п.). При этом все счета должны быть оформлены на имя Застрахованного и содержать сведения о его заболевании (диагноз), лечении, предписанных лекарствах и общих расходах Застрахованного на эти цели, оплаченных им лечебному учреждению. Перечень документов указан в п. 10.6.3.

12.4. Возмещение расходов на транспортировку Застрахованного при его заболевании (в случае смерти - доставку тела), включая оплату расходов лиц, осуществлявших сопровождение Застрахованного (его тела), находившегося при нем несовершеннолетнего лица (лиц) и принадлежащего Застрахованному имущества производится юридическому лицу либо доверенному лицу, представляющему интересы Застрахованного (его наследников), осуществившим транспортировку Застрахованного (его тела) на основании представленных Страховщику документов, подтверждающих размер и целесообразность расходов (счета по оплате всех расходов, связанных с транспортировкой, медицинская карта, иные документы, выданные лечебным учреждением, обосновывающие диагноз и необходимость транспортировки).

12.5. В случае утраты (гибели) или повреждения багажа, если понесенные при этом Застрахованным убытки признаны страховым событием, выплата страхового возмещения производится непосредственно Застрахованному (Выгодоприобретателю) после представления им Страховщику документов, подтверждающих факт наступления страхового случая (документы перевозчиков, полиции и других органов, свидетельствующих о причинах утраты (гибели) или повреждения имущества и размере убытков). Выплата страхового возмещения производится в пределах страховой суммы, предусмотренной договором страхования.

12.6. По страховым случаям, связанным с убытками из-за невозможности совершить поездку, выплата страхового возмещения производится Застрахованному (Выгодоприобретателю) на основании представленных документов, указанных в п. 11.3.4. подтверждающие наступление страхового случая.

Страховое возмещение выплачивается в пределах страховой суммы в размере прямых убытков за вычетом денежных средств, полученных Застрахованным (Выгодоприобретателем) за сданные проездные документы и др.

12.7. К Страховщику, выплатившему страховое возмещение при страховании от убытков вследствие утраты (гибели) или повреждения багажа, переходит в пределах выплаченной суммы право требования, которое Застрахованный (Выгодоприобретатель) имеет к лицу, ответственному за убытки, возмещенные в результате страхования.

Застрахованный (Выгодоприобретатель) обязан передать Страховщику все документы, доказательства и сообщить ему все сведения, необходимые для осуществления Страховщиком перешедшего к нему права требования.

12.8. Если Застрахованный (Выгодоприобретатель) получил возмещение за ущерб от третьих лиц, Страховщик выплачивает только разницу между суммой, подлежащей выплате по условиям страхования, и суммой, полученной от третьих лиц. Застрахованный (Выгодоприобретатель) обязан немедленно известить Страховщика о получении таких сумм.

12.9. Если обнаружится обстоятельство, лишающее Застрахованного права на получение выплаты по договору страхования, то он сам или Выгодоприобретатель обязаны возвратить в течение 10-ти календарных дней Страховщику полученную сумму страховой выплаты (или соответствующую ее часть).

12.10. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие:

12.10.1. Умышленных действий Страхователя (Застрахованного), направленных на наступление страхового случая.

12.10.2. Умышленного преступления Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя), находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем.

12.10.3. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

12.10.4. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий.

12.10.5. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

12.10.6. Изъятия, конфискации, реквизиции, ареста или уничтожения имущества (личные вещи, багаж) по распоряжению государственных органов.

12.10.7. По причинам указанным в п. 3.6 настоящих Правил.

12.11. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа в течение 5-ти рабочих дней с момента принятия Страховщиком данного решения (или в иной срок, предусмотренный сторонами в договоре страхования).

12.12. Отказ Страховщика произвести страховую выплату может быть обжалован Страхователем и (или) Выгодоприобретателем в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

13. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

13.1. Иск по требованиям, вытекающим из договора страхования путешественников, может быть предъявлен в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.

13.2. Споры, возникающие при исполнении условий договора страхования, разрешаются сторонами в процессе переговоров. При недостижении соглашения спор передается на рассмотрение суда, арбитражного или третейского суда в соответствии с их компетенцией.