

Дальневосточное железнодорожное акционерное
страховое общество «ДальЖАСО»

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор Дальневосточного
железнодорожного акционерного
страхового общества «ДальЖАСО»
С.В.Кучун

«20» июня 2019г.

(приказом генерального директора от 09.08.2001г.,

в редакции приказа генерального директора

№ 08 от 28.01.2008г., в редакции приказа генерального

директора № 30 от 02.02.2010г., в редакции приказа

генерального директора № 32 от 12.03.2012г., в редакции

приказа генерального директора № 114 от 01.08.2013г.

в редакции приказа генерального директора № 115

от 14.10.2016г., в редакции приказа генерального директора

№ 63 от 23.08.2017г. в редакции приказа генерального директора

№ 33 от 20.04.2018г. в редакции приказа генерального директора

№ 58 от 20.06.2019г.)

**ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И
ВНЕЗАПНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГРАЖДАН, ВЫЕЗЖАЮЩИХ ЗА ГРАНИЦУ**

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 границу на период не более одного года (туризм, деловые и иные поездки).

1.2. В целях настоящих Правил используются следующие понятия:

1.2.1. **Несчастливым случаем** в рамках настоящих Правил признается внезапное, непредвиденное, непреднамеренное, кратковременное внешнее событие, характер и место которого могут быть однозначно определены и которое повлекло за собой получение телесных повреждений, инвалидность или смерть Застрахованного, не являющееся следствием заболевания, произошедшее в период действия Договора страхования независимо от воли, Застрахованного и/или Страхователя.

«Травма» - повреждение органов и тканей организма с нарушением их целостности и функций, вызванное воздействием факторов внешней среды (механическими, термическими, химическими, воздействием излучения любого рода, электрического тока и изменением атмосферного давления).

1.2.2. **Внезапным заболеванием** в рамках настоящих Правил признается внезапное расстройство здоровья (нарушение жизнедеятельности организма), возникшее под воздействием болезнетворных и/или чрезвычайных (для данного организма) раздражителей внешней и/или внутренней среды, которое проявляется изменением структуры и функций организма и требует оказания неотложной медицинской помощи.

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.

1.2.3. **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.

1.2.4. Экстренная медицинская помощь - срочные диагностические и лечебные мероприятия, направленные на немедленное устранение всех болезненных состояний, без проведения которых может наступить существенное ухудшение здоровья и/или смерть.

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

1.2.6. 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.

1.2.7. Дневной стационар - структурное подразделение лечебно-профилактического учреждения, в том числе амбулаторно-поликлинических, больничных учреждений предназначенный для проведения лечебных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных.

1.2.8. Существующие медицинские показания - показания, связанные напрямую или косвенно с ранее приобретенными заболеваниями, которые Застрахованное лицо перенесло в течение 24 месяцев предшествующих началу поездки.

1.2.9. 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.

1.2.10. Медицинская транспортировка или эвакуация - необходимая с врачебной точки зрения (подтвержденная документально лечащим врачом и согласованная с Сервисной компанией и/или Страховой компанией) транспортировка Застрахованного медицинским или немедицинским транспортом в сопровождении медицинского персонала, осуществляющего квалифицированный уход, в ближайшее от места получения травмы или заболевания профильное лечебное учреждение, в котором имеются условия для оказания необходимой медицинской помощи, или возвращение Застрахованного на территорию страны постоянного проживания.

1.2.11. 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;

1.2.12. Территория страхования – государства и иные государственно-территориальные и административно-территориальные образования, которые указаны в договоре страхования и на которые распространяется действие Договора страхования.

1.2.13. Близкими родственниками по настоящим Правилам признаются официально зарегистрированные супруг/супруга, дети, в том числе усыновленные, отец, мать, родные братья и сестры, официальные опекуны и опекаемые, родные бабушки и дедушки.

1.2.14. Сервисная компания – специализированная организация, указанная в договоре страхования (страховом полисе) Застрахованного, которая по поручению Страховщика круглосуточно обеспечивает организацию и оказание услуг, включая урегулирование страховых

выплат, предусмотренных настоящими Правилами и Программой страхования по договору страхования.

1.2.15. **Страховые услуги** - финансовые услуги Страховщика по заключению, изменению, расторжению и исполнению договоров (полисов) страхования.

1.2.16. **Получатель страховых услуг** - физическое лицо (в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя) или юридическое лицо, обратившееся в страховую организацию с намерением заключить договор страхования (потенциальный получатель страховой услуги), а также страхователь, застрахованное лицо и (или) выгодоприобретатель по заключенному договору страхования.

1.2.17. **Страховые услуги** - финансовые услуги страховых организаций по заключению, изменению, расторжению и исполнению договоров страхования.

1.2.18. **Обращение (жалоба)** - направленная в страховую организацию получателем страховых услуг в письменной форме на бумажном носителе или в виде электронного документа просьба о восстановлении или защите нарушенных прав, свобод и законных интересов, связанных с деятельностью страховой организации по оказанию страховых услуг.

1.2.19. **Офис** - специально оборудованное помещение, в котором осуществляется заключение и (или) расторжение договора страхования, и (или) прием документов для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем, и (или) прием заявлений и других обращений получателей страховых услуг и иных лиц, обращающихся в страховую организацию;

1.2.20. **Страховой агент** - физическое лицо, в том числе физическое лицо, зарегистрированное в установленном законодательством Российской Федерации порядке в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо, осуществляющее деятельность на основании гражданско-правового договора от имени и за счет страховщика в соответствии с предоставленными ему полномочиями.

1.2.21. **Страховой продукт** (программа страхования) - типовые условия страхования, разработанные страховщиком на основании правил страхования по одному или нескольким видам страхования, и предназначенные для заключения типовых договоров страхования (с ограниченным количеством изменяемых условий договора) с определенной категорией страхователей (застрахованных лиц), объединенных по страховым интересам, видам рисков, степени рисков и иным тарификационным факторам.

1.2.22. **Стандарты** - внутренние, базовые и иные стандарты, разработанные в соответствии с действующим законодательством и утвержденные Всероссийским союзом страховщиков, требования которых обязательны для страховых организаций в части, не противоречащей законодательству Российской Федерации и нормативным актам Банка России.

1.2.23. **Багаж** - личные вещи Застрахованного, перевозимые им в ходе поездки и официально сданные в багаж транспортной организации, осуществляющей перевозку Застрахованного.

1.2.24. **Условная единица (у.е.)** – условное обозначение, эквивалент денежной суммы той валюты, в которой страховая сумма (лимит ответственности) определена в страховом Полисе (Договоре страхования).

1.3. По договору страхования 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 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 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. Страхователь – дееспособные физические лица, временно выезжающие за границу, и юридические лица любых организационно-правовых форм, заключившие со Страховщиком договор страхования.

1.6. 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.

Застрахованное лицо:

- физическое лицо, в отношении жизни и здоровья которого заключен договор личного страхования;
- физическое лицо, финансовый риск которого застрахован по договору страхования финансового риска;
- физическое лицо, риск ответственности которого застрахован по договору страхования ответственности.

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

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

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

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

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

1.8.1.1. Договоры страхования с лицами старше 85 лет не заключаются

1.8.1.1. Договоры страхования с лицами от 70 лет до 80 лет заключаются на условиях программы «А стандарт» с применением повышающих коэффициентов, если иное не оговорено договором.

1.8.1.2. Договоры страхования в отношении детей в возрасте до 8 лет заключаются только вместе с договорами страхования родителей или лицами, сопровождающими ребенка в поездке, если иное не оговорено договором.

1.8.2. Инвалидам I группы, детям – инвалидам.

1.8.3. Состоящим на учете в наркологических, психоневрологических диспансерах.

1.8.4. Имеющие медицинские противопоказания для осуществления выезда за границу.

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.

2.ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Страхователя (Застрахованного) связанные с дополнительными расходами, понесенными в связи с внезапным заболеванием, несчастным случаем или смертью Застрахованного, а также иными непредвиденными обстоятельствами по оказанию услуг экстренной медицинской и иной помощи (эвакуации, репатриации, юридической и административной помощи) Застрахованному лицу при наступлении страхового случая во время его пребывания за границей.

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, расходов на

возмещение вреда жизни, здоровью и/или имуществу третьих лиц, 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 границей, 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 границей.

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

Основные варианты страхования

3.3.1. Программа «А –Стандарт/ Standart»

а). Медицинские расходы на амбулаторное лечение и лечение в стационаре (услуги врачей, предписанные врачом медикаменты и перевязочные средства, общепринятый комплекс больничных услуг), произведенные по медицинскому предписанию, необходимость которых появилась в результате несчастного случая, а также непредвиденной или внезапной болезни, случившихся во время действия договора страхования.

Амбулаторная помощь. Оплачиваются расходы по одному амбулаторному случаю, при наличии медицинских показаний, Страховщик оплачивает первичное обращение к врачу.

Дневной стационар. При пребывании в дневном стационаре Застрахованного лица оплачиваются расходы, связанные с предоставлением минимума услуг и лечением до купирования острого состояния, при условии, что нахождение в дневном стационаре согласовано с Сервисной компанией или Страховщиком. При заключении договора страхования по программе «А стандарт» медицинские расходы при лечении в дневном стационаре оплачиваются в сумме, не превышающей 2000 у.е.

Госпитализация. При госпитализации Застрахованного лица, оплачиваются расходы, связанные с предоставлением минимума услуг и лечением до купирования острого состояния, при условии, что Застрахованному необходима неотложная медицинская помощь в связи с развитием угрожающего жизни состояния. При заключении договора страхования по программе «А стандарт» медицинские расходы при стационарном лечении оплачиваются в сумме, не превышающей 3000 у.е., при условии, что госпитализация Застрахованного согласована с Сервисной компанией или Страховщиком.

б). Транспортировка Застрахованного автомашиной «скорой помощи» в одну из ближайших больниц и, если это необходимо по медицинским показаниям, транспортировка лица с необходимым сопровождением «скорой помощи» в больницу, более подходящую по оборудованию для лечения полученных телесных повреждений или болезни.

Расходы по транспортировке. Транспортировка Застрахованного в ближайшее медицинское учреждение для оказания медицинской помощи (вид транспортировки: машина «скорой помощи»), - в зависимости от состояния пациента определяется врачом Сервисной компании или врачом, проводившим первичный осмотр). Обратная транспортировка из медицинского учреждения не оплачивается,

в). Расходы, санкционированные Сервисной компанией или Страховщиком, по посмертной репатриации тела (транспортировки урны с прахом) до аэропорта прибытия, указанного в ранее приобретенном обратном билете Застрахованного, если его смерть наступила в результате страхового случая. Расходы по посмертной репатриации покрываются в пределах оговоренном в договоре страхования лимите ответственности. При этом Страховщик не оплачивает расходы на ритуальные услуги на территории страны постоянного проживания Застрахованного.

Максимальный размер страхового возмещения составляет 5 000 у.е. (согласно валюте полиса). В случае смерти Застрахованного Страховщик и/или Сервисная компания организует репатриацию тела и оплатит согласованные и санкционированные Сервисной компанией или Страховщиком расходы по вскрытию и бальзамированию тела, пребыванию тела в морге, по приобретению гроба, требуемого для перевозки, оформлению необходимых для перевозки документов, перевозке тела в аэропорт прибытия, указанный в ранее приобретенном обратном билете Застрахованного.

г). При наличии угрозы жизни Застрахованному, вызванной хроническим заболеванием, его обострением, осложнением или последствиями, а равно инфарктом миокарда, ишемической (атеросклеротической) болезнью сердца, острым нарушением мозгового кровообращения, возмещаются расходы на экстренную помощь, в сумме не превышающей 500 у.е., вне зависимости от того знал о них Застрахованный к моменту заключения договора страхования или нет.

д). Страховщик имеет право отказать в покрытии рекомендованных лечащим врачом лечебных и диагностических процедур в случае, если, по мнению врача, назначенного Страховщиком, они не являются экстренными или могут быть заменены альтернативными лечебными и диагностическими процедурами. Врач-эксперт, назначенный Сервисной компанией и/или Страховщиком, должен иметь свободный доступ к Застрахованному и возможность ознакомиться с его историей болезни. Физиотерапия и восстановительное лечение не покрывается.

е). Для Застрахованных по программе «А стандарт» устанавливается безусловная франшиза в размере 100 у.е. от суммы расходов по каждому страховому случаю.

Безусловная франшиза — это часть убытка, не подлежащая возмещению страховщиком и вычитаемая при расчёте страхового возмещения, подлежащего выплате страхователю, из общей суммы возмещения.

3.3.2. Программа «А –Комфорт/ Comfort»

а). Медицинские расходы на амбулаторное лечение и лечение в стационаре (услуги врачей, предписанные врачом медикаменты и перевязочные средства, общепринятый комплекс больничных услуг), произведенные по медицинскому предписанию, необходимость которых появилась в результате несчастного случая, а также непредвиденной или внезапной болезни, случившихся во время действия договора страхования.

Амбулаторная помощь. При этом по одному амбулаторному случаю, при наличии медицинских показаний, Страховщик, оплачивает 2-ое обращение к врачу, включая перевязки, внутривенные и внутримышечные инъекции, только при предоставлении документов медицинского учреждения о первичном приеме и назначении повторного приема, или отсутствия в медицинском учреждении профильного специалиста;

Дневной стационар. При пребывании в дневном стационаре Застрахованного лица оплачиваются расходы, связанные с предоставлением минимума услуг и лечением до купирования острого состояния, при условии, что нахождение в дневном стационаре согласовано с Сервисной компанией или Страховщиком. При заключении договора страхования по программе «А комфорт» медицинские расходы при лечении в дневном стационаре оплачиваются в сумме, не превышающей 3000 у.е.

Госпитализация. При подозрении на наличие у Застрахованного лица какого-либо заболевания или состояния, оплачиваются расходы, связанные с предоставлением минимума услуг и лечением до купирования острого состояния, при условии, что Застрахованному необходима неотложная медицинская помощь в связи с развитием угрожающего жизни состояния. При заключении договора страхования по программе «А комфорт» медицинские расходы при стационарном лечении оплачиваются в сумме, не превышающей 10000 у.е., при условии, что госпитализация Застрахованного согласована с Сервисной компанией или Страховщиком.

При наличии угрозы жизни Застрахованному, вызванной хроническим заболеванием, его обострением, осложнением или последствиями, а равно инфарктом миокарда, ишемической

(атеросклеротической) болезнью сердца, острым нарушением мозгового кровообращения, возмещаются расходы на экстренную помощь по одному обращению на весь период пребывания за границей, в сумме не превышающей 1000 у.е, вне зависимости от того знал о них Застрахованный к моменту заключения договора страхования или нет.

Материалы для остеосинтеза оплачиваются в сумме, не превышающей 500 у.е. Необходимость операции, с использованием материалов для остеосинтеза, подтверждается врачами Сервисной компании, при условии невозможности отложить данную операцию до возвращения на постоянное место проживания, без угрозы жизни и здоровью Застрахованного, и данная травма не явилась следствием хронического заболевания и/или имевшихся ранее травм.

Страховщик имеет право отказать в покрытии рекомендованных лечащим врачом лечебных и диагностических процедур в случае, если, по мнению врача, назначенного Страховщиком, они не являются экстренными или могут быть заменены альтернативными лечебными и диагностическими процедурами. Врач-эксперт, назначенный Сервисной компанией и/или Страховщиком, должен иметь свободный доступ к Застрахованному и возможность ознакомиться с его историей болезни. Физиотерапия и восстановительное лечение не покрывается.

Оплата услуг экстренной стоматологической помощи, в связи с возникновением у Застрахованного острой зубной боли или в связи с травмой, полученной им в результате несчастного случая, в пределах указанных в договоре страхования лимитов ответственности.

Оплата услуг экстренной стоматологической помощи, в связи с возникновением у Застрахованного острой зубной боли или в связи с травмой, полученной им в результате несчастного случая, оплачиваются в сумме не превышающей 150 у.е.

Под экстренной стоматологической помощью понимаются расходы на осмотр, первую помощь при острой боли, назначение болеутоляющих медикаментов, рентген, закрытие полости зуба временной пломбой, удаление зуба при остром воспалении или травме и произведенных по медицинскому предписанию.

б). Транспортировка Застрахованного автомашиной «скорой помощи» в одну из ближайших больниц и, если это необходимо по медицинским показаниям, транспортировка лица с необходимым сопровождением автомашиной «скорой помощи» в больницу, более подходящую по оборудованию для лечения полученных телесных повреждений или болезни.

Расходы по транспортировке. Транспортировка Застрахованного в ближайшее медицинское учреждение для оказания медицинской помощи (вид транспортировки: машина «скорой помощи»), - в зависимости от состояния пациента определяется врачом Сервисной компании или врачом, проводившим первичный осмотр). Обратная транспортировка из медицинского учреждения не оплачивается,

в). Расходы, санкционированные Сервисной компанией или Страховщиком, по посмертной репатриации тела (транспортировки урны с прахом) до аэропорта прибытия, указанного в ранее приобретенном обратном билете Застрахованного, если его смерть наступила в результате страхового случая. Расходы по посмертной репатриации покрываются в пределах оговоренном в договоре страхования лимите ответственности. При этом Страховщик не оплачивает расходы на ритуальные услуги на территории страны постоянного проживания Застрахованного.

Максимальный размер страхового возмещения составляет 10 000 у.е. (согласно валюте полиса). В случае смерти Застрахованного Страховщик и/или Сервисная компания организует репатриацию тела и оплатит согласованные и санкционированные Сервисной компанией или Страховщиком расходы по вскрытию и бальзамированию тела, пребыванию тела в морге, по приобретению гроба, требуемого для перевозки, оформлению необходимых для перевозки документов, перевозке тела в аэропорт прибытия, указанный в ранее приобретенном обратном билете Застрахованного.

г). Телефонные переговоры со Страховщиком и/или обслуживающей сервисной компанией.

Расходы на телефонные переговоры со Страховщиком и/или обслуживающей сервисной компанией оплачиваются в сумме не превышающей 30 у.е.

3.3.3. Программа «В-Премиум/Premium»

а). Услуги программы «А -Комфорт»

Амбулаторная помощь (оказание экстренной помощи, назначенные врачом необходимые лечебные и диагностические процедуры, которые должны быть проведены на территории страхования, медикаменты, перевязочные материалы, средства фиксации, аренда костылей или

кресла каталки, но не более 15 у.е. в сутки в течение 7 дней). При этом по одному амбулаторному случаю, при наличии медицинских показаний, Страховщик оплачивает не более 3 (трех) обращений к врачу, включая перевязки, внутривенные и внутримышечные инъекции, только при предоставлении документов медицинского учреждения о первичном приеме и назначении повторного приема, или отсутствия в медицинском учреждении профильного специалиста;

Дневной стационар. При пребывании в дневном стационаре Застрахованного лица оплачиваются расходы, связанные с предоставлением минимума услуг и лечением до купирования острого состояния, при условии, что нахождение в дневном стационаре согласовано с Сервисной компанией или Страховщиком.

Госпитализация. При подозрении на наличие у Застрахованного лица какого-либо заболевания или состояния, при условии, что Застрахованному необходима неотложная медицинская помощь в связи с развитием угрожающего жизни состояния, оплачиваются расходы в пределах лимита договора страхования, при условии, что госпитализация Застрахованного согласована с Сервисной компанией или Страховщиком.

При наличии угрозы жизни Застрахованному, вызванной хроническим заболеванием, его обострением, осложнением или последствиями, а равно инфарктом миокарда, ишемической (атеросклеротической) болезнью сердца, острым нарушением мозгового кровообращения, возмещаются расходы на экстренную помощь, в сумме не превышающей 3000 у.е, вне зависимости от того знал о них Застрахованный к моменту заключения договора страхования или нет.

Материалы для остеосинтеза оплачиваются в сумме, не превышающей 1000 у.е. Необходимость операции, с использованием материалов для остеосинтеза, подтверждается врачами Сервисной компании, при условии невозможности отложить данную операцию до возвращения на постоянное место проживания, без угрозы жизни и здоровью Застрахованного, и данная травма не явилась следствием хронического заболевания и/или имевшихся ранее травм.

Оплата услуг экстренной стоматологической помощи, в связи с возникновением у Застрахованного острой зубной боли или в связи с травмой, полученной им в результате несчастного случая, оплачиваются в сумме не превышающей 250 у.е.

Под экстренной стоматологической помощью понимаются расходы на осмотр, первую помощь при острой боли, назначение болеутоляющих медикаментов, рентген, закрытие полости зуба временной пломбой, удаление зуба при остром воспалении или травме и произведенных по медицинскому предписанию.

Страховщик имеет право отказать в покрытии рекомендованных лечащим врачом лечебных и диагностических процедур в случае, если, по мнению врача, назначенного Страховщиком, они не являются экстренными или могут быть заменены альтернативными лечебными и диагностическими процедурами. Врач-эксперт, назначенный Сервисной компанией и/или Страховщиком, должен иметь свободный доступ к Застрахованному и возможность ознакомиться с его историей болезни.

б). Медико-транспортные расходы, а именно:

- по эвакуации (транспортировке автомашиной «скорой помощи» или иным транспортным средством) с места происшествия в ближайшее медицинское учреждение или к находящемуся в непосредственной близости врачу в стране временного пребывания;

Транспортировка Застрахованного в ближайшее медицинское учреждение для оказания медицинской помощи (вид транспортировки: машина «скорой помощи» или иным видом транспорта), - в зависимости от состояния пациента определяется врачом Сервисной компании или врачом, проводившим первичный осмотр). Обратная транспортировка из медицинского учреждения не оплачивается.

- по экстренной медицинской репатриации адекватным транспортным средством, включая расходы на сопровождающее лицо (если такое сопровождение предписано врачом) из-за границы до аэропорта прибытия, указанного в ранее приобретенном обратном билете Застрахованного, или до ближайшего медицинского учреждения в стране постоянного проживания, при условии отсутствия в стране временного пребывания возможностей для предоставления требуемой медицинской помощи. Экстренная медицинская репатриация осуществляется исключительно в случаях, когда ее необходимость подтверждается заключением врача Страховщика на основании документов от местного лечащего врача и при условии отсутствия медицинских противопоказаний. Расходы по экстренной медицинской репатриации покрываются в пределах 1000у.е.

Репатриация тела (транспортировки урны с прахом) в случае смерти Застрахованного. Максимальный размер страхового возмещения составляет 15 000 у.е. (согласно валюте полиса). В случае смерти Застрахованного Страховщик и/или Сервисная компания организует репатриацию тела и оплатит согласованные и санкционированные Сервисной компанией или Страховщиком расходы по вскрытию и бальзамированию тела, пребыванию тела в морге, по приобретению гроба, требуемого для перевозки, оформлению необходимых для перевозки документов, перевозке тела в аэропорт прибытия, указанный в ранее приобретенном обратном билете Застрахованного.

в). Транспортные расходы, а именно:

-расходы застрахованного на проезд до места постоянного жительства, застрахованного в один конец экономическим классом, расходы на проезд до транспортного узла (аэропорта, вокзала) в стране временного пребывания, у которого есть прямое международное сообщение с населенным пунктом в стране постоянного жительства застрахованного. Указанные расходы возмещаются 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 сделать все от него зависящее, чтобы 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;

- расходы по проезду в один конец экономическим классом детей, находящихся при Застрахованном во время пребывания за границей, в страну их постоянного проживания в случае, если дети остались без присмотра в результате произошедшего с Застрахованным страхового случая;

г). Оплата расходов на визит третьего лица в чрезвычайной ситуации, если по заключению лечащего врача состояние здоровья Застрахованного критическое (оплата прямого и обратного билета в экономическом классе родственнику для посещения им Застрахованного). При этом расходы по пребыванию третьего лица за границей Страховщиком не покрываются.

д). Оплата расходов по юридической помощи в связи с возбуждением дела против лиц, по вине которых произошел несчастный случай с Застрахованным в размере, не превышающим 1 000 у.е.

е). Оплата расходов по административной помощи в размере, не превышающем 1 000 у.е., при этом:

- расходы на услуги переводчика, привлекаемого для целей установления диагноза Застрахованному, пребывающему в стационаре возмещаются в пределах эквивалента 100 (ста) у.е.;

- используя сеть своих представительств по всему миру, Сервисная компания обеспечит возможность передачи срочных сообщений и документов с возмещением расходов в пределах эквивалента 100 (ста) у.е. в случае госпитализации Застрахованного с угрозой жизни или смерти Застрахованного.

- возмещаются затраты на консульский сбор на продление визы в случае госпитализации и последующей транспортировки Застрахованного к месту постоянного проживания.

ж). Содействие в предоставлении юридической помощи в случае непреднамеренного нарушения закона Застрахованным или причинением ущерба здоровью или имуществу третьего лица в размере, не превышающем 1 000 у.е.

з). Помощь Застрахованному в случае признания его решением суда виновным в случайном причинении вреда третьему лицу, если суд обяжет Застрахованного выплатить возмещение пострадавшему за случайное нанесение ему травмы или случайный ущерб, причиненный его имуществу в размере, не превышающем 1 000 у.е. .

и). Расходы на телефонные переговоры со Страховщиком и/или обслуживающей сервисной компанией оплачиваются в сумме не превышающей 30 у.е.

3.3.4. Программа «В-Чайна/China»

3.3.4.1. При заключении договора страхования по программе «В-Чайна» страховая сумма на одного Застрахованного устанавливается независимо от способа пересечения границы (воздушным путем или через наземный контрольно-пропускной пункт) в размере 35 000 евро, но не менее суммы, эквивалентной 2 000 000 рублей по официальному курсу ЦБ РФ, установленному на дату заключения основного договора страхования.

3.3.4.2. В соответствии с программой страхования по риску «Медицинские и иные непредвиденные расходы» страховыми случаями признаются фактически произошедшие, непредвиденные и непреднамеренные для Застрахованного лица острые заболевания и несчастные случаи, а также иные события, повлекшие за собой:

а). Оказание медицинской помощи в экстренной и неотложной форме, включая вызов врача в экстренных ситуациях; хирургические и больничные услуги (оплата экстренной медицинской помощи, включая хирургические и больничные услуги, оказанные Застрахованному лицу по медицинским показаниям, необходимость которых появилась в связи с получением травмы, отравления, внезапного острого заболевания или обострения хронического заболевания в период срока страхования)

б). Оказание экстренной стоматологической помощи (оплата расходов Застрахованного на оказание ему экстренной стоматологической помощи при возникновении острой зубной боли во время поездки.)

в). Оплата медикаментов по рецепту врача (оплата стоимости медикаментов, приобретение которых было предписано врачом, осуществляющим лечение травмы, отравления, внезапного острого заболевания или обострения хронического заболевания, подпадающего под действие договора страхования)

г). Расходы по прокату костылей, инвалидных колясок, др. предметов медицинского оборудования и вспомогательных средств (компенсация расходов по прокату необходимых Застрахованному лицу костылей, инвалидных колясок, других предметов медицинского оборудования и вспомогательных средств, если данные услуги предоставляются по назначению лечащего врача.)

д). Медицинскую транспортировку (перевозка Застрахованного лица с места происшествия в одну из ближайших больниц; прямая эвакуация Застрахованного с необходимым медицинским сопровождением до ближайшего к постоянному месту жительства аэропорта/железнодорожного вокзала, с которым имеется прямое авиа/железнодорожное сообщение, если после проведенного лечения Застрахованное лицо не может возвратиться к месту постоянного места проживания как регулярный пассажир).

е). Перевозку останков в случае смерти (оплата и организация через Сервисную компанию в размере, не превышающем указанные лимиты на репатриацию тела, вскрытие, гроб, требуемый для перевозки, перевозку останков до аэропорта или железнодорожного вокзала, наиболее близкого к предполагаемому месту захоронения, с которым имеется прямое авиа/железнодорожное сообщение в случае смерти Застрахованного лица во время его пребывания за пределами его постоянного места жительства).

ж). Расходы по срочному визиту третьего лица в чрезвычайной ситуации (если Застрахованное лицо госпитализировано в связи с телесными повреждениями или болезнью и находится в госпитале более 10 дней, Страховщик оплатит по официальной просьбе Застрахованного лица прямой авиабилет в обе стороны в экономическом классе для любого лица, определенного Застрахованным лицом и проживающего с ним в месте регистрации или постоянного проживания)

з). Расходы по эвакуации детей, оставшихся без присмотра заболевшего взрослого (в случае, если дети Застрахованного лица, находящиеся на его иждивении и путешествующие вместе с ним, окажутся без присмотра в результате болезни или несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом, Страховщик оплатит, а Сервисная компания организует возвращение детей к месту их постоянного проживания экономическим классом)

и). При госпитализации застрахованного младше 12 лет, страховщик, в том числе, оплачивает расходы одного из сопровождающего его родителя на период госпитализации (если больница не предоставила ему жилье, то страховая компания оплатит его пребывание в гостинице). Страховщик несет расходы на проживание сопровождающего родителя в гостинице.

3.3.4.3. Не признаются страховыми случаями события, произошедшие с Застрахованными в результате:

а). употребления алкогольных напитков, наркотических средств или иных психоактивных веществ;

б). самоубийства, покушения на самоубийство, умышленного членовредительства или подвергания себя неоправданному риску (за исключением необходимой обороны или крайней

необходимости);

в). прямого или косвенного воздействия ядерного взрыва, ионизирующей радиации, радиоактивной зараженности;

г). совершения или попытки совершения Застрахованным противоправного действия, находящегося в прямой причинно-следственной связи с наступлением страхового случая;

д). путешествия, предпринятого с целью получения лечения;

е). роды и любые осложнения, связанные с беременностью сроком более четырнадцати недель;

ж). искусственное прерывание беременности и его осложнения за исключением вынужденного прерывания беременности, явившегося следствием несчастного случая;

з). болезни, передающиеся половым путем;

и). проявления и осложнения ВИЧ-инфекции, а также проявления и осложнения синдромов иммунодефицита другого происхождения;

к). проявления и осложнения злокачественных новообразований, заболеваний крови и кроветворных органов, в том числе вовлекающих иммунный механизм;

л). проявление и осложнение туберкулеза;

3.3.4.4. Также не признаются страховыми случаями события, произошедшие с Застрахованными при следующих обстоятельствах или в результате:

а). занятий профессиональным спортом, в том числе участия Застрахованного лица в спортивных соревнованиях, турнирах и тренировочных сборах;

б). занятий любительскими и экстремальными видами спорта, катания на горных лыжах, сноуборде, прыжков с парашютом, полетов на дельтаплане или параплане, пилотирования летательных аппаратов, скалолазания, альпинизма, дайвинга или других видов активного отдыха, способных, по мнению Страховщика, увеличить риск наступления страхового случая;

в). осуществления Застрахованным лицом служебной, трудовой или иной деятельности (в том числе любой работы по найму), способной, по мнению Страховщика, увеличить риск наступления страхового случая.

г). Не признаются страховыми случаями, и не возмещаются расходы по организации и перевозке останков в случае смерти Застрахованного лица, причиной которой явилось острое состояние, состоящее в причинно-следственной связи с обострением и/или осложнением любых хронических заболеваний, вне зависимости от того знал о них Застрахованный к моменту заключения договора страхования или нет.

д). Не являются страховыми случаями и выплата страхового возмещения, а также оплата расходов не производится, если события произошли при обстоятельствах указанных в разделе 4 Правил страхования.

е). Не подлежат возмещению расходы, вызванные:

- заболеваниями, расстройствами здоровья или травмами, которые по медицинским показаниям не требовали экстренной квалифицированной медицинской помощи, не препятствовали продолжению поездки и пребыванию Застрахованного лица вне места постоянного проживания;

- хроническими заболеваниями, их обострениями, последствиями и осложнениями, не представляющими угрозу для жизни Застрахованного;

Дополнительные варианты страхования

3.3.5. Программа «С»

а). Услуги при поломке автотранспорта:

в случае неисправности личного автотранспорта Застрахованного, Сервисная компания организует доставку всех пассажиров к месту проживания и оплачивает все произведенные при этом расходы;

если к моменту возвращения на родину личный автотранспорт Застрахованного остается неисправным, сервисная компания оплачивает расходы Застрахованного по возвращению его в страну постоянного проживания самолетом экономического класса (при этом оплачивается билет до аэропорта, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного, с которым есть прямое международное сообщение);

при необходимости ремонта личного автотранспорта Застрахованного, Сервисная компания может оплатить расходы Застрахованного в размере стоимости ремонтных работ и расходы по вызову ремонтной бригады, необходимость которых возникает в результате аварии, поломки,

возгорания или кражи при том условии, что есть основания считать, что оказание такой помощи сделает автомобиль способным к самостоятельному передвижению. Лимит компенсации в пределах 100 у.е. по каждому случаю, но не более 2-х случаев за поездку;

при необходимости буксировки и хранения Сервисная компания может оплатить расходы Застрахованного, включающие стоимость доставки автомобиля Застрахованного к ближайшей ремонтной мастерской или месту безопасного хранения, ближайшего к месту аварии, поломки, возгорания в пределах 150 у.е. по каждому случаю, но не более 2-х случаев за поездку.

3.3.6. Утрата багажа «D»

Оплата расходов в пределах установленной страховой суммы в случаях:

- а). уничтожения или частичного повреждения багажа при дорожно-транспортном происшествии, стихийном бедствии или несчастном случае с Застрахованным;
- б). в случае кражи со взломом, грабежа, разбойного нападения, преднамеренной порчи багажа третьими лицами;
- в). пропажи багажа по вине транспортной компании- перевозчика.

Под багажом подразумеваются личные вещи Застрахованного, перевозимые им в виде упакованного груза поездом, самолетом, морским или речным судном и т.д., как сданные в багаж транспортной организации, так и ручная кладь. Багажом считаются также еще и вещи, приобретенные Застрахованным во время поездки для личного пользования. Багаж может быть сопровождаемым, то есть следующим вместе с его отправителем, или несопровождаемым, следующим отдельно от него.

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

3.3.7. Несостоявшаяся поездка «E»

Договор страхования расходов, связанных с отменой поездки, вступает в силу со дня, следующего за днем заключения договора страхования, и прекращает действие после прохождения Застрахованным пограничного контроля при отъезде за границу.

Договор страхования заключается не позднее, чем за 61 дней до начала действия путевки.

Страховым случаем является невозможность Страхователя (Застрахованного) совершить туристическую поездку за границу РФ, имевшую место в период действия договора страхования и подтвержденную документами, выданными компетентными органами в случае:

- а). Вынужденный отказ от поездки в случае:
 - смерти Страхователя (Застрахованного) или его близкого родственника;
 - травмы Страхователя (Застрахованного), полученной в результате несчастного случая;
 - остроого заболевания Страхователя (Застрахованного) или близкого родственника, полученного не ранее, чем за 15 дней до даты выезда, указанного в туристической путевке и при условии экстренной госпитализации в стационар.

Под острым заболеванием в рамках настоящих Правил признается внезапное расстройство здоровья (нарушение жизнедеятельности организма), возникшее под влиянием болезнетворных и/или чрезвычайных (для данного организма) раздражителей внешней и/или внутренней среды, которое проявляется изменением структуры и функций организма и требует неотложной/экстренной медицинской помощи;

- судебное разбирательство, в котором Застрахованный участвует в качестве потерпевшего, по решению суда, приходящееся на период зарубежной поездки;

- выдача Застрахованному государственными учреждениями неверно оформленных документов;

- воспрепятствование выезду Застрахованного правоохранительными органами (ФСБ, МВД, ГТК, органы прокуратуры, налоговая полиция/инспекция, пограничная служба и другие органы, имеющие право к задержанию), не связанному с совершением им противоправных действий или нарушением Застрахованным действующего законодательства (в том числе по причине наличия задолженности по имущественным обязательствам);

- причинение значительного материального ущерба личному имуществу Застрахованного в результате стихийного бедствия, пожара, аварии или противоправных действий третьих лиц, в результате чего поездка становится невозможной в связи с необходимостью урегулирования

Застрахованным последствий происшедшего события, при условии, что расследование и устранение последствий, производятся в период действия Договора страхования и требуют обязательного присутствия Застрахованного.

Необходимость присутствия Застрахованного должны быть подтверждена актом, письмом или иным официальным документом организации, осуществляющей расследование и устранение последствий повреждений;

- необходимости исполнения Застрахованным конституционных и иных обязанностей, предусмотренных законами Российской Федерации;

- неправомерного ареста, задержания или снятия с транспортного средства Застрахованного органами внутренних дел, таможенными органами или паспортной службой;

- отказа/задержки в выдаче Застрахованному въездной визы при своевременной подаче на оформление всех надлежащим образом оформленных и нефальсифицированных документов, требуемых консульским отделом посольства страны временного пребывания;

- призыва Страхователя (Застрахованного) на военные сборы.

б). Опоздание к транспортному средству в случае:

- если транспортное средство, на котором Застрахованный добирался к месту отправки, попало в дорожно - транспортное происшествие;

- если общественный транспорт, на котором нужно было добираться до места отправки, был задержан из-за дорожно-транспортного происшествия.

3.4. Страховые Программы, указанные в п.п. 3.3.1.-3.3.4. являются базовыми для разработки Страховщиком на их основе, в пределах установленного объема ответственности, дополнительных условий страхования.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОЙ ЗАЩИТЫ

Не являются страховыми случаями и выплата страхового возмещения (оплата расходов) не производится, если события произошли при следующих обстоятельствах или в результате:

4.1. Программа «А Стандарт», «А Комфорт», «В-Премиум»:

4.1.1. умышленного причинения Застрахованным себе телесных повреждений, самоубийства (покушения на самоубийство), за исключением случаев, когда застрахованное лицо было доведено до этого противоправными действиями третьих лиц;

4.1.2. употребления алкогольных напитков, наркотических средств, психотропных и т.п. препаратов или иных токсических веществ, а также по причине нахождения Застрахованного в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, факт которого подтвержден в соответствии с законодательством иностранного государства, в котором находился застрахованный в момент наступления страхового случая, за исключением случаев, когда употребление им указанных веществ осуществлено в результате насильственных действий;

4.1.3. совершения Застрахованным противоправного деяния, находящегося в прямой причинно-следственной связи с наступлением страхового случая;

Перечисленные в п.п. 4.1.1, 4.1.2, 4.1.3 деяния признаются таковыми на основании решения суда, постановления прокураторы, медицинских или иных документов, доказывающих факт содеянного в установленном законодательством порядке.

4.1.4. полета Застрахованного на летательном аппарате, управления им, кроме случаев полета в качестве пассажира на самолете гражданской авиации, управляемом профессиональным пилотом, если иное не оговорено договором страхования;

4.1.5. экстремального отдыха. Под экстремальным отдыхом понимается катание на горных лыжах, санях, сноуборде, катание на коньках, снегоходах, прыжки с парашютом, полеты на дельтаплане или параплане, скалолазание, альпинизм, дайвинг, верховая езда; водный туризм; конный спорт; могул; подводное плавание и ныряние с аквалангом; фристайл, маунтингбайк или другие виды отдыха, способные, по мнению Страховщика, увеличить риск наступления страхового случая, за исключением Застрахованных по специальным тарифам;

4.1.6. активного отдыха. Под активным отдыхом понимается катание на водных мотоциклах, водных лыжах, развлечения на воде с использованием буксируемых (либо передвигающихся самостоятельно) плавательных средств, парашюта, а также с использованием других приспособлений

для передвижения по воздуху, поездки на любых механических, электронных, транспортных средствах (в т.ч. велосипедах, мотоциклах, мотороллерах, мопедах, скутерах, квадроциклах), сафари, а также другие виды физической активности с повышенным риском травматизма, за исключением Застрахованных по специальным тарифам;

4.1.7. участия Застрахованного в военных действиях, народных волнениях, забастовках, восстаниях или бунтах;

4.1.8. службы в любых вооруженных силах или формированиях, если иное не оговорено договором страхования;

4.1.9. ядерных взрывов, радиации и радиоактивных заражений;

4.1.10. «Спорт» - времяпрепровождение на территории страхования в форме участия в спортивных соревнованиях, спортивных играх, отдых на спортивных базах, подвижные игры спортивного характера, тренировочные процессы, а также занятий любыми видами спорта, за исключением Застрахованных по специальным тарифам;

4.1.11. использования Застрахованным транспортного средства взятого в аренду (качестве водителя) в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения, либо под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание или без водительского удостоверения, а также передачи управления лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, либо под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание, или лицу, не имеющему права на управление данным транспортным средством;

4.1.12. использования Застрахованным транспортного средства взятого в аренду (автомобили, мотоциклы, мопеды, мокики, квадрациклы, скутеры, катера и пр.) в качестве водителя, за исключением Застрахованных по специальным тарифам;

4.1.13. грубого нарушения Застрахованным правил проезда в транспортном средстве;

4.1.14. при занятии Застрахованным профессиональной деятельностью, связанной с повышенной опасностью, если это являлось целью поездки Застрахованного, за исключением застрахованных по специальным тарифам;

4.1.15. путешествия, предпринятого с целью проведения медицинских консультаций, обследования и лечения на территории страхования, в том числе санаторно-курортного лечения. Путешествием с целью лечения признается поездка, которая предполагает получение Застрахованным, на основании ранее полученных письменных и/или устных рекомендаций и поставленных диагнозов, услуг традиционной и нетрадиционной медицины, направленных на снижение негативного влияния или полного устранения внешних и внутренних признаков заболевания любой этиологии, сроков давности и степени поражения организма Застрахованного, а также репатриации останков, если смерть застрахованного произошла в результате такого лечения;

4.1.16. если расходы связаны с проявлением, обострением и/или осложнением любых хронических заболеваний, вне зависимости от того знал о них Застрахованный к моменту заключения договора страхования или нет, травматических повреждений, существовавших на момент заключения договора страхования, независимо от того, осуществлялось по ним лечение или нет, а также при заболеваниях, травматических повреждениях и их осложнениях, по поводу которых Застрахованный лечился в течение последних 24 месяцев до заключения договора страхования.

Страховщик при этом покрывает расходы, связанные с купированием острого состояния, угрожающего жизни Застрахованного в пределах лимитов, установленных программами страхования.

4.1.17. если расходы связаны с оплатой хирургических вмешательств на сердце и сосудах (ангиография, ангиопластика, ангиостентирование, ангиопунтирование, в т.ч. аорто-коронарное и др.) даже при наличии медицинских показаний к их проведению

4.1.18. если расходы связаны с диагностированием и лечением психических нервных заболеваний, судорожными состояниями, неврозами (панические атаки, депрессии, истерические синдромы и т.п.);

4.1.19. если расходы связаны с лечением онкологических заболеваний, а также проявлением и осложнением любых новообразований, заболеваний крови и кроветворных органов, в том числе вовлекающих иммунный механизм;

4.1.20. если расходы связаны с ведением нормально или патологически протекающей беременности, осложнениями при беременности и/или ее прерыванием вне зависимости от сроков, родовспоможением и послеродовым уходом за ребенком.

4.1.21. если расходы связаны с проведением абортов и мини-абортов, за исключением вынужденного прерывания беременности, явившегося следствием несчастного случая;

4.1.22. если расходы связаны с лечением туберкулеза; заболеваний, передающихся преимущественно половым путем, любые проявления урогенитальных (кандиоз, вагинит и т.п.) инфекций, а также заболеваний, являющихся их следствием; венерических заболеваний; проявления и осложнения ВИЧ-инфекции, а также проявления и осложнения синдромов иммунодефицита другого происхождения, вирусными гепатитами, а также заболеваний, являющихся их следствием;

4.1.23. если расходы связаны с проведением пластической и восстановительной хирургии и всякого рода протезированием, включая стоматологическое и офтальмологическое, ремонтом протезов;

4.1.24. если расходы связаны с протезированием, эндопротезированием, имплантацией, трансплантацией органов, тканей и клеток, в том числе расходами на эндопротезы, расходные материалы, биоматериалы;

4.1.25. если расходы связаны с ортопедическими операциями, аллопластикой;

4.1.26. если расходы связаны с материалами для остеосинтеза (в сумме более лимита расходов на них, определенного Программами страхования)

4.1.27. если расходы связаны с оказанием стоматологической помощи, не предусмотренные программой страхования;

4.1.28. если расходы связаны с предоставлением услуг, не представляющих прямую угрозу жизни застрахованного, и не являющихся экстренными с медицинской точки зрения, а также не предусмотренные программами страхования (при амбулаторном лечении - перевязки, внутривенные и внутримышечные инъекции, лабораторные исследования, контрольные визиты к врачу);

4.1.29. если расходы связаны с проведением нетрадиционных методов лечения или с лечением, не назначенным врачом, то же касается приобретаемых лекарственных препаратов;

4.1.30. если расходы связаны с оказанием услуг медицинским учреждением, не имеющим соответствующей лицензии, либо лицом, не имеющим права на осуществление медицинской деятельности;

4.1.31. если расходы связаны с восстановительной и физиотерапией, с приемом общеукрепляющих и витаминных препаратов;

4.1.32. если расходы связаны с проведением курса лечения на всех видах курортов, и санаториев, пансионатах, домах отдыха и других подобных учреждениях;

4.1.33. если расходы произведены с намерением получить профилактическое плановое лечение;

4.1.34. если расходы были произведены на дезинфекцию, проведение профилактической вакцинации и лечение, инъекции, прививки, медицинских экспертиз и лабораторных исследований без назначения врача;

4.1.35. если расходы связаны с особо опасными инфекциями (натуральная оспа, чума, сибирская язва, холера, сыпной тиф и т.п.) и с заболеваниями, которые могли быть предотвращены заблаговременной вакцинацией и/или являющиеся следствием нарушения, Застрахованным профилактических карантинных мероприятий;

4.1.36. если расходы связаны с подбором и обеспечением очков, контактных лиц, слуховых аппаратов, сопутствующих медицинских товаров, аренды костылей, кресла-каталки, если иное не оговорено договором страхования;

4.1.37. если расходы связаны с проведением без согласования с сервисной компанией компьютерной томографии и магнитно-ядерной томографии;

4.1.38. расходы на проведение восстановительных хирургических операций для устранения последствий несчастного случая, которые, по мнению врача Сервисной компании, не носят экстренного характера и/или могут быть отложены до ближайшей возможной по медицинским показаниям даты возвращения к месту постоянного проживания;

4.1.39. если расходы связаны с предоставлением дополнительного комфорта, а именно: палаты типа «люкс», телевизора, телефона, кондиционера, увлажнителя, услуг парикмахера, массажиста, косметолога и т.д.;

4.1.40. расходы на лечение застрахованного, если он проходил курс аналогичного лечения до начала своей поездки, либо указанный выезд за границу был предпринят вопреки совету квалифицированного медика, а также, если курс лечения был начат до начала действия и продолжался во время действия договора страхования;

4.1.41. если расходы связаны со случаями, происшедшими до начала действия договора страхования, а равно лечения заболевания или последствий несчастного случая, симптомы которого возникли у Застрахованного до начала срока страхования или въезда на территорию страхования, и после даты истечения его срока, а также расходы, которые имели место после возвращения Застрахованного в место постоянного проживания;

4.1.42. если расходы связаны с выявлением причины, вызвавшей внезапное заболевание, без согласования со Страховщиком.

4.1.43. если расходы связаны с эвакуацией Застрахованного по незначительным болезням, травмам, которые, по мнению назначенного Сервисной компанией медицинского консультанта, поддаются местному лечению и не препятствуют нахождению Застрахованного за границей; либо расходы на эвакуацию, которые не были предварительно согласованы с Сервисной компанией.

4.1.44. если расходы связаны с медицинскими осмотрами, медицинским уходом, приемом лекарственных средств (натуральных, химических) любого состава и формы, не связанные с внезапным заболеванием или травмой и не согласованные с Сервисной компанией или Страховщиком, а также осложнения, вызванные самостоятельным приемом лекарственных средств;

4.1.45. в случае лечения любых кожных заболеваний: аллергических проявлений, сыпи неуточненной этиологии и солнечных ожогов (за исключением требующих стационарного лечения);

4.1.46. в случае жалоб на головную боль, слабость в отсутствие высокой температуры (до 37,2°) и при отсутствии других симптомов;

4.1.47. если расходы связаны с приобретением лекарственных препаратов для снятия боли в связи с обострением суставных и мышечных хронических заболеваний;

4.1.48. если расходы связаны с приобретением лекарственных препаратов, которые Застрахованный принимал на постоянной основе до выезда с места постоянного проживания.

4.1.49. Приобретение лекарственных средств, в количестве большем, чем это предписано врачом в период страхования и до возвращения в страну постоянного проживания.

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

а) Несвоевременного обращения в Сервисную компанию до оказания помощи и/или Застрахованный выбрал клинику самостоятельно, и/или не следовал указаниям сотрудника Сервисной компании;

в) Отказа Застрахованного от медицинской репатриации в страну (регион) постоянного проживания в тех случаях, когда она разрешена по медицинским показаниям и предложена Страховщиком (Сервисной компанией) Застрахованному. Страховщик не оплачивает все виды расходов, возникших с даты предполагаемой медицинской транспортировки и разрешенной медицинской документацией.

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

д) Отказа Застрахованного от медицинского обследования, предложенного Страховщиком (Сервисной компанией) в стране постоянного проживания, для решения вопроса о страховой выплате.

е) расходы в отношении любой эвакуации, не организованные Сервисной компанией.

4.3. Программа «В-Чайна/China»

4.3.1. Не признаются страховыми случаями события, произошедшие с Застрахованными в результате:

а). употребления алкогольных напитков, наркотических средств или иных психоактивных веществ;

б). самоубийства, покушения на самоубийство, умышленного членовредительства или подвергания себя неоправданному риску (за исключением необходимой обороны или крайней необходимости);

- в). прямого или косвенного воздействия ядерного взрыва, ионизирующей радиации, радиоактивной зараженности;
- г). совершения или попытки совершения Застрахованным противоправного действия, находящегося в прямой причинно-следственной связи с наступлением страхового случая;
- д). путешествия, предпринятого с целью получения лечения;
- е). роды и любые осложнения, связанные с беременностью сроком более четырнадцати недель;
- ж). искусственное прерывание беременности и его осложнения за исключением вынужденного прерывания беременности, явившегося следствием несчастного случая;
- з). болезни, передающиеся половым путем;
- и). проявления и осложнения ВИЧ-инфекции, а также проявления и осложнения синдромов иммунодефицита другого происхождения;
- к). проявления и осложнения злокачественных новообразований, заболеваний крови и кроветворных органов, в том числе вовлекающих иммунный механизм;
- л). проявление и осложнение туберкулеза;

4.3.2. Также не признаются страховыми случаями события, произошедшие с Застрахованными при следующих обстоятельствах или в результате:

- а). занятий профессиональным спортом, в том числе участия Застрахованного лица в спортивных соревнованиях, турнирах и тренировочных сборах;
- б). занятий любительскими и экстремальными видами спорта, катания на горных лыжах, сноуборде, прыжков с парашютом, полетов на дельтаплане или парплане, пилотирования летательных аппаратов, скалолазания, альпинизма, дайвинга или других видов активного отдыха, способных, по мнению Страховщика, увеличить риск наступления страхового случая;
- в). осуществления Застрахованным лицом служебной, трудовой или иной деятельности (в том числе любой работы по найму), способной, по мнению Страховщика, увеличить риск наступления страхового случая.

г). Не признаются страховыми случаями, и не возмещаются расходы по организации и перевозке останков в случае смерти Застрахованного лица, причиной которой явилось острое состояние, состоящее в причинно-следственной связи с обострением и/или осложнением любых хронических заболеваний, вне зависимости от того знал о них Застрахованный к моменту заключения договора страхования или нет.

д). Не являются страховыми случаями и выплата страхового возмещения, а также оплата расходов не производится, если события произошли при обстоятельствах указанных в разделе 4 Правил страхования.

е). Не подлежат возмещению расходы, вызванные:

- заболеваниями, расстройствами здоровья или травмами, которые по медицинским показаниям не требовали экстренной квалифицированной медицинской помощи, не препятствовали продолжению поездки и пребыванию Застрахованного лица вне места постоянного проживания;
- хроническими заболеваниями, их обострениями, последствиями и осложнениями, не представляющими угрозу для жизни Застрахованного;

4.4.Программа “D”:

4.4.1.если в багаже находились:

- деньги, драгоценности, ценные бумаги;
- драгоценные металлы в слитках, драгоценные и полудрагоценные камни без оправы;
- антикварные и уникальные изделия, произведения искусства и предметы коллекции, хрупкие изделия (стекло, фарфор и т.д.);
- рукописи, планы, схемы, чертежи, модели, деловые бумаги;
- любые виды протезов;
- слайды, фотоснимки, фильмокопии;
- контактные линзы;
- растения, семена, животные;
- предметы религиозного культа;

При этом признается:

- коллекциями - собрание каких-либо однородных предметов (марок, календарей, значков, растений и т.д.), как представляющих научный, исторический или художественный интерес, так и собранных в любительских целях;

- уникальными – единственные в своем роде, исключительные по своим качествам, либо большой редкости произведения искусства;

- антикварными - старинные предметы, представляющие большую художественную или иную ценность.

4.4.2. Не производится выплата, если страхового случая произошел в результате:

- военных действий и их последствий, народных волнений и забастовок;

- ядерных взрывов, радиации и радиоактивного заражения;

- износа, ржавчины, плесени, обесцвечивания и других естественных свойств

застрахованного имущества;

- порчи имущества насекомыми, молью или грызунами;

- царапин, шелушения окраски, других нарушений внешнего вида имущества,

- не вызывающих нарушения его функций;

- умышленных действий или грубой небрежности Застрахованного, направленных на наступление страхового случая;

- неприятия Застрахованным своевременных мер к спасению застрахованного имущества;

- пропажи или повреждения имущества, связанных с его задержанием или конфискацией органами таможенного контроля, другими органами государственной власти;

- пропажи или хищения проездных документов, паспортов, иных документов, если иное не предусмотрено договором страхования.

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

4.4. Программа «Е»:

4.4.1. проявления, обострения и осложнения любых хронических или продолжительных заболеваний, состояний любой этиологии или следствия ранее полученных травм, смерти Застрахованного или его родственников, находящиеся в прямой причинно-следственной связи с заболеваниями или хроническими заболеваниями и их обострениями, имевшимися до начала срока страхования; вне зависимости от того знал о них застрахованный или нет;

4.4.2. военных действий и их последствий, народных волнений, массовых беспорядков и забастовок, в т.ч. консульских служб;

4.4.3. актов любых органов власти и управления;

4.4.4. стихийных бедствий, эпидемий, карантина, метеоусловий;

4.4.5. ядерных взрывов, радиации и радиоактивного заражения;

4.4.6. любых ошибок и упущений Застрахованного, связанных с определением срока и времени отправления транспортного средства, нарушения правил подачи документов, игнорирования возможных сроков призыва на службу в вооруженные силы или вызова в суд, несвоевременное информирование ответственных за поездку лиц об отмене поездки;

4.4.7. совершения или попытки совершения Застрахованным противоправного действия, находящегося в прямой причинно-следственной связи с наступлением страхового случая, либо квалифицированно как преступление;

4.4.8. самоубийства (покушения на самоубийство) Застрахованного, умышленного членовредительства или подвержения себя неоправданному риску (за исключением необходимой обороны или крайней необходимости);

4.4.9. призыва Страхователя (Застрахованного) на срочную военную службу;

4.4.10. употребления Страхователем (Застрахованным) алкогольных напитков, наркотических средств, психотропных и т.п. препаратов или иных токсических средств опьянения;

4.4.11. получение отказа в выдаче въездной визы лицом, получившим ранее отказ в выдаче въездной визы в течение последних 6 месяцев до даты обращения;

4.4.12. При условии, что Застрахованный знал, или должен был знать, о невозможности совершить поездку в связи с выполнением своих профессиональных обязанностей, у которых имеются ограничения на выезд за границу, установленные государственными органами.

4.4.13. ликвидации туристической организации;

4.4.14. Не принимаются претензии по возмещению расходов, связанных:

- с сокращением сроков поездки, если иное не оговорено договором страхования;
- с невыполнением обязательств любым из юридических или физических лиц, организовывающих поездку, если иное не оговорено договором страхования;
- с возмещением морального ущерба из-за несостоявшейся поездки.
- с возмещением сумм неустоек (штрафов, пеней),
- невыполнения или ненадлежащего выполнения обязательств туристической организацией;

4.5. Не признаются страховым случаем:

4.5.1. Любая затребованная административная или юридическая помощь, если необходимость такой помощи обусловлена причинами и обстоятельствами, указанными в исключениях из страховой защиты, перечисленных в разделе 4 Правил страхования.

4.5.2. Расходы, связанные с необходимостью досрочного возвращения Застрахованного лица на постоянное место жительства, в случае подтвержденной документально смерти близкого родственника Застрахованного лица в стране постоянного проживания.

4.6. Не подлежат возмещению следующие прямые реальные расходы:

4.6.1. расходы в части превышения над страховой суммой и лимитами возмещения, предусмотренными в Договоре страхования;

4.6.2. расходы в пределах франшизы, предусмотренной в Договоре страхования.

4.6.3. Страховому возмещению не подлежат моральный вред, упущенная выгода (в том числе моральный вред и материальный ущерб из-за невозможности участия в экскурсиях или ином организованном отдыхе), иные косвенные расходы как самого Застрахованного, так и третьих лиц, которые претендуют на страховое возмещение.

5. СТРАХОВАЯ СУММА

5.1. 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.

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

5.3. 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.

Лимит ответственности устанавливается на весь срок действия договора, независимо от количества страховых случаев происшедших с Застрахованным лицом.

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.

5.4. 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.

5.5. 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.

5.6. 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.

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

5.8. Страховая сумма устанавливается в валютном эквиваленте по курсу ЦБ России на день заключения договора страхования.

6. ФРАНШИЗА

6.1. Франшиза – часть убытков, которая определена договором страхования, не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования (программами), 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).

Если франшиза по договору страхования установлена, однако в нем не указан конкретный вид франшизы, считается, что установлена безусловная франшиза.

6.2. По настоящим Правилам, если иное не оговорено договором страхования, устанавливается безусловная франшиза в размере 200(Двести) у.е. от суммы расходов по каждому страховому случаю, для Застрахованных лиц младше 5 лет.

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

7.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, предусмотренные в страховом полисе.

Страховая премия уплачивается Страхователем в валютном эквиваленте по курсу ЦБ России на день заключения договора страхования.

7.2. 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; полученная тарифная ставка умножается на количество дней поездки Застрахованного лица, предусмотренную сторонами в договоре страхования.

Размер Страховой премии устанавливается в зависимости от Программы страхования, страховой суммы, длительности пребывания вне места постоянного проживания, возраста и рода деятельности Застрахованного, а также иных факторов, влияющих на степень риска наступления страхового случая.

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 границу, 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.

7.3. 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.

7.4. 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.

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

7.6. 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.

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

7.8. Страховщик оставляет за собой право делать надбавку на страховые премии (до 10%), компенсирующую расходы по конвертации валюты.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ, ПЕРИОД ЕГО ДЕЙСТВИЯ, ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ

8.1. 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.

8.2. Для заключения договора страхования Страхователь представляет Страховщику заявление в устной или в письменной форме, на усмотрения Страховщика.

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

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

Заявление должно быть подписано Страхователем или его уполномоченным представителем.

Заявление о заключении договора страхования. Если оно изложено в письменной форме, является неотъемлемой частью договора страхования.

8.3. 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 лица, в отношении которого заключается договор, для оценки фактического состояния его здоровья, о чем Страховщик обязан уведомить Страхователя об условиях и порядке их выполнения.

8.4. 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.

8.5. 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.

8.6. 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 61 дней до начала действия путевки.

8.7. Договор страхования не может быть заключен при нахождении Застрахованного на территории страхования, кроме заключения договора в системе «интернет».

Вновь заключенный договор страхования (полис) действует в отношении страховых случаев, наступивших после начала действия нового полиса

8.8. Страховщик проводит проверку наличия имущественного интереса у получателя страховых услуг при заключении договора страхования или при принятии решения о страховой выплате по такому договору.

Порядок проверки наличия имущественного интереса у получателя страховых услуг страховщик определяет в договоре или правилах страхования.

8.9. Если договор страхования имущества заключается без проверки наличия имущественного интереса в сохранении застрахованного имущества у получателя страховых услуг, то страховщик информирует страхователя о предусмотренных законодательством возможных последствиях отсутствия имущественного интереса в сохранении застрахованного имущества у страхователя или выгодоприобретателя.

8.10. 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.

8.11. Страховщик при заключении договора страхования обязан предоставить получателю страховых услуг правила, программы, планы, дополнительные условия страхования, если они являются неотъемлемой частью договора страхования. В случае, если договор страхования заключался с использованием личного кабинета, указанные документы предоставляются посредством личного кабинета

8.12. 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.

При этом Стороны договорились, что использование факсимильного воспроизведения подписи уполномоченного Страховщиком лица и печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования, электронно-цифровой подписи либо иного аналога собственноручной подписи уполномоченного Страховщиком лица и печати Страховщика признается как оригинальная подпись уполномоченного Страховщиком лица, скрепленная печатью Страховщика.

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

По одному страховому полису могут быть застрахованы имущественные интересы нескольких Застрахованных, совершающих поездку, за исключением программы «D». При страховании группы (от 5-ти человек и более) к страховому полису прилагается список Застрахованных.

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

8.14. Если в договоре страхования (страховом полисе) имеется ссылка на документ, в котором изложены условия страхования (полностью или частично), то данные условия должны быть изложены в договоре страхования (страховом полисе) либо на его оборотной стороне, либо приложены к договору страхования (страховому полису) как его неотъемлемая часть, либо договор должен содержать ссылку на адрес размещения таких условий на сайте Страховщика в сети "Интернет"

В случае если документ, в котором изложены условия страхования, был представлен страхователю без вручения текста документа на бумажном носителе, Страховщик обязан по требованию Страхователя выдать ему текст указанного документа на бумажном носителе.

8.15. Страховщик при заключении договора страхования информирует Страхователя - получателя страховых услуг об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, в том числе о возможности приема таких документов в электронной форме, если такая возможность предусмотрена условиями договора, а также своевременно информирует получателей страховых услуг об изменениях таких адресов на официальном сайте, а также непосредственно получателя страховых услуг при его обращении. В случае невозможности информирования получателя страховых услуг до наступления события, имеющего признаки страхового случая, об адресах приема документов при наступлении таких событий, страховая организация обеспечивает своевременное получение указанных сведений посредством телефонной

связи, по электронной почте, а также иным способом, в случае указания его в договоре страхования, при обращении получателя страховых услуг.

8.16. Подписывая договор страхования, стороны дают согласие на то, что обмен уведомлениями при его исполнении осуществляется через личный кабинет Страхователя на официальном сайте компании www.dalgaso.ru в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а также посредством электронной (dalgaso@dalgaso.ru) или почтовой связью (по требованию Страхователя).

Настоящий порядок уведомления применяется в случаях:

- направления уведомления о намерении сторон досрочно прекратить договор страхования или направления Страхователем заявления об отказе от договора страхования - уведомления о значительных изменениях страхового риска

- требования Страхователя о представлении ему расчета измененной страховой суммы

- принятия Страховщиком решения об отсрочке признания причинения вреда жизни или здоровью Застрахованного страховым случаем - предложения со стороны Страховщика изменить условия договора страхования

- уведомления о наступлении события, имеющего признаки страхового случая

8.17. Для соблюдения требований действующего законодательства в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма Страховщик осуществляет идентификацию Получателей страховых услуг (их представителей) до приема на обслуживание и при урегулировании требований о страховой выплате. До приема на обслуживание Страховщик обеспечивает идентификацию Страхователя, Выгодоприобретателя или их представителей. На стадии урегулирования требований о страховой выплате обеспечивается идентификация лица, обратившегося к Страховщику с заявлением о получении страховой выплаты (Выгодоприобретателя, Страхователя, или их представителей), а также получателя страховой выплаты.

При проведении идентификации Страховщик вправе требовать от Получателя страховых услуг документы, удостоверяющие личность, учредительные документы, документы о государственной регистрации юридического лица (индивидуального предпринимателя), а также иные документы, предусмотренные действующим законодательством и нормативными актами Банка России.

8.18. До зачисления страховой премии на счет Страховщика его обязательства, связанные с выплатой страхового возмещения или оплаты расходов по страховому случаю не вступают в силу.

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.

8.19. При переоформлении договора (полиса) страхования по заявлению Страхователя в связи с переносом сроков выезда, степени риска, утратой страхового полиса и т.д. оформляется новый страховой полис либо его дубликат с оплатой Страхователем понесенных Страховщиком расходов на ведение дела и перерасчета страховой премии.

8.20. При наступлении страхового случая в период действия Договора страхования и необходимости продолжения лечения после окончания действия Договора страхования, Страховщик несет обязательства по медицинским расходам и транспортировке Застрахованного в течение 7 (семи) дней пребывания Застрахованного на территории страхования после окончания действия полиса, при нахождении Застрахованного на территории страхования и в пределах лимитов ответственности по программе страхования, если иное не оговорено в Договоре страхования.

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

8.21. Сроки несения Страховщиком обязательств перед Застрахованным могут быть сокращены при исчерпании объемов средств страхового лимита по заключенному договору страхования.

В случае, если средства страхового лимита по заключенному с Застрахованным Договору страхования исчерпаны до окончания срока рекомендованного специалистами медицинского учреждения, находящегося на территории страхования и осуществляющего лечение Застрахованного, Страховщик оставляет за собой право отказать в возмещении дальнейших расходов, возникших вследствие продолжения рекомендованного лечения и репатриационных действий.

8.22. 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.

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

8.24. При утрате полиса Застрахованный обязан сообщить об этом Страховщику в письменном виде. Страховщик, в зависимости от обстоятельств утраты, принимает решение о выдаче дубликата полиса или отказе в этом.

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

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

8.27. 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, передачу, в т.ч. трансграничную передачу, 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.

8.28. 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.

8.29. Договор страхования не может быть заключен на срок более 1 (одного) года.

8.30. Договор страхования действует на территории, указанной в договоре страхования.

9. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

9.1. 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 7 суток от даты, обозначенной в полисе, как окончание срока страхования).

9.2. 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).

9.3. По программе “Е”: с момента посадки Застрахованного лица в транспортное средство для осуществления поездки;

9.4. Договор страхования прекращается досрочно в случаях:

9.4.1. 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).

9.4.2. 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;

9.4.3. 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).

9.5. 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.

9.6. 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 в течение десяти рабочих дней с момента прекращения договора страхования путем перечисления денежных средств на расчетный счет Страхователя или выплаты через кассу Страховщика.

9.7. Договор страхования может быть прекращен досрочно по соглашению Страховщика и Застрахованного лица. Страховщик возвращает Страхователю страховую премию, за истекший срок действия договора за вычетом понесенных Страховщиком расходов по данному договору.

9.8. Застрахованный вправе расторгнуть договор страхования до начала периода страхования, указанного в полисе. В этом случае ему возвращается страховой взнос за вычетом расходов, понесенных Страховщиком.

9.9. В случае расторжения договора страхования или отказа Страхователя от договора добровольного страхования Страховщик обязан принять заявление Страхователя о возврате уплаченной страховой премии (части страховой премии) и (или), если это предусмотрено условиями договора и (или) правил страхования (далее - заявление).

9.10. Страховщик обязан обеспечить прием заявления в офисе, в котором был заключен договор страхования, в ином указанном страховой организацией офисе, посредством почтовой связи, через личный кабинет (при наличии), а также, если это предусмотрено условиями страхования, через третье лицо, действующее по поручению страховой организации при заключении договора страхования от ее имени и за ее счет, в случае если это предусмотрено договором страховой организации с указанным третьим лицом.

9.11. Страховщик обязан обеспечить возврат Страхователю уплаченную страховую премию (части страховой премии) при расторжении договора страхования путем безналичного перечисления денежных средств на банковский счет Страхователя или наличными денежными средствами в офисе, в котором был заключен расторгаемый договор страхования и уплачена страховая премия (часть страховой премии), при наличии кассы в соответствующем офисе на момент расторжения договора страхования, или в ином указанном Страховщиком офисе.

9.12. По запросу получателя страховых услуг Страховщик один раз по одному договору страхования бесплатно обязан предоставить ему заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащих возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением договора страхования.

К указанному расчету по запросу получателя страховых услуг прилагаются письменные или даются устные пояснения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и правил страхования, на основании которых произведен расчет.

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 предоставляет получателю страховых услуг при заключении с ним договора страхования следующую информацию:

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

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

- о применяемых страховой организацией франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях получателя страховых услуг, совершение которых может повлечь отказ страховой организации в страховой выплате или сокращение ее размера;

- о наличии дополнительных условий для заключения договора страхования, в том числе о необходимости проведения обследования получателя страховых услуг при заключении договора страхования, а также о перечне документов и информации, необходимых для заключения договора страхования;

- о размере (примерном расчете) страховой премии на основании представленного получателем страховых услуг заявления о заключении договора страхования с уведомлением получателя страховых услуг о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска;

- о наличии условия возврата страхователю уплаченной страховой премии в случае отказа страхователя от договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения или его отсутствия в соответствии с действующим законодательством;

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

- о принципах расчета ущерба, причиненного застрахованному имуществу в случае его повреждения, а также о порядке расчета износа застрахованного имущества в случае наличия в договоре страхования условия осуществления страховой выплаты с учетом износа застрахованного имущества;

- о праве получателя страховых услуг запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

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

10.2.3. Соблюдать условия настоящих Правил и договора страхования.

10.2.4. Соблюдать требования страхового законодательства.

10.3 После того, как Страховщику стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по запросу получателя страховых услуг он должен быть проинформирован:

- обо всех предусмотренных договором и (или) правилами страхования необходимых действиях, которые получатель страховых услуг должен предпринять, и обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и представления документов;

- о предусмотренных договором и (или) правилами страхования форме и способах осуществления страховой выплаты и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав получателя страховых услуг на получение страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в договоре страхования.

10.4. По устному или письменному запросу получателя страховых услуг, в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий тридцати дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации получателя страховых услуг в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июня 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных", Страховщик после принятия решения о страховой выплате предоставляет информацию о расчете суммы страховой выплаты, которая должна включать:

2) порядок расчета страховой выплаты;

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

10.5. По письменному запросу получателя страховых услуг Страховщик в срок, не превышающий тридцати дней, обязан предоставить ему в письменном виде исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты), бесплатно один раз по каждому страховому случаю. Указанная информация и документы предоставляются в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

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

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

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

10.6.2. Выяснить обстоятельства наступления события.

10.6.3. После получения всех необходимых документов, при признании наступившего события страховым случаем, в течение 15-ти рабочих дней с момента получения всех необходимых документов производит расчет понесенных Застрахованным расходов (убытков), размер суммы страхового возмещения, подлежащей выплате Застрахованному (Сервисной компании) и принимает решение о страховой выплате.

10.6.4. Страховщик по запросу Страхователя, позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, предоставляет ему копии договора страхования (страхового полиса) и иных документов, являющихся неотъемлемой частью договора страхования (правил страхования, программ, планов, дополнительных условий страхования и других документов в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования), за исключением информации, не подлежащей разглашению (персональные данные других застрахованных лиц, данные об уплаченных премиях по коллективным договорам страхования, условия страхования других категорий застрахованных лиц и пр.).

Страховщик обязан предоставить Страхователю копии указанных документов по действующим договорам страхования бесплатно один раз.

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

10.7. Страхователь (Застрахованный) имеет право:

10.7.1. Требовать от Страховщика выполнения обязательств по договору страхования.

10.7.2. По согласованию со Страховщиком изменить условия договора страхования в части выбранных Программ страхования или срока страхования.

10.7.3. Страхователь, Застрахованный, Выгодоприобретатель вправе требовать от Страховщика разъяснений положений, содержащиеся в правилах страхования и договорах страхования, расчетов величины страховой выплаты.

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

10.7.5. Расторгнуть договор страхования до начала срока его действия в порядке, предусмотренном гражданским законодательством и Правилами страхования.

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

10.7.7. Получатели страховых услуг вправе осуществлять в местах, предназначенных для их обслуживания (заключения договоров страхования, приема документов о признании события страховым случаем), аудиозаписи, видео- или фотосъемки процесса взаимодействия Страховщика с Получателем страховых услуг и документов, связанных с оказанием страховых услуг непосредственно Получателю страховых услуг, если он уведомил работника Страховщика о соответствующем намерении до начала осуществления записи и (или) съемки.

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

10.8. Страхователь (Застрахованный) обязан:

10.8.1. 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.

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

10.8.3. Обеспечить своевременное вручение Застрахованным страховых полисов.

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

10.8.5. 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.).

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

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

10.8.8. 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.

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

10.9.1. Безотлагательно обратиться за медицинской помощью в Сервисную компанию для организации и получении медицинской помощи, исходя из варианта страхования.

10.9.2. Приложить все усилия для ограничения последствий страхового случая.

10.9.3. Обеспечить по требованию Страховщика заверенный перевод на русский язык представляемых для обоснования права на страховое возмещение документов, подготовленный специализированной, осуществляющей деятельность по переводу документов организацией.

11. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

11.1. При наступлении страхового случая Застрахованный (либо лицо, действующее в его интересах) обязан:

незамедлительно, в течение 1 суток, известить об этом круглосуточную диспетчерскую службу сервисной компании по телефону (телеграфу, телексом, телетайпом, иными средствами связи). В противном случае, Страховщик имеет право отказать в возмещении расходов на лечение, возникших в период с момента страхового случая до даты сообщения Страховщику о страховом случае.

при наступлении страхового случая точно следовать, указаниям Страховщика, Сервисной компании и лечащего врача;

принять все возможные меры к уменьшению убытка и выявлению его причин;

дать согласие на проведение теста на выявление признаков употребления алкоголя,

наркотических препаратов, психотропных или каких-либо иных сильнодействующих средств в медицинском учреждении на территории страхования по запросу Страховщика;

при получении травмы любого характера и степени тяжести содействовать максимально быстрому проведению теста (осмотра врачом) на алкоголь, наркосодержащие, психотропные и т.п. препараты. По запросу Страховщика предоставить результаты теста на алкоголь/наркосодержащие, психотропные препараты либо запросить и получить данные теста (осмотра врача) в учреждении, проводившем обследования.

- подать соответствующее заявление (претензию) в компетентные органы;

- предоставить Страховщику возможность ознакомления с имеющимися документами и доказательствами причин, размера убытка и иных обстоятельств наступления страхового случая;

-сообщить всю необходимую Страховщику информацию (если требуется - в письменном виде) и передать ему оригиналы документов, необходимых для выяснения обстоятельств наступления страхового случая и размера убытка. Если документы представлены на иностранном языке, обеспечить заверенный перевод на русский язык представляемых для обоснования права на страховое возмещение документов, подготовленный специализированной, осуществляющей деятельность по переводу документов организацией;

Если Застрахованный обратился в указанное сервисной компанией медицинское учреждение, и оплатил расходы самостоятельно, то решение о необходимости перевода представленных Застрахованным на иностранном языке документов, подтверждающих обоснования права требования на страховое возмещение, принимается Страховщиком.

11.2. При наступлении страхового случая по условиям программы Е, Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно (в течение 1 суток) в письменной форме заявить Страховщику о его наступлении. В заявлении должны быть указаны характер и обстоятельства страхового случая.

11.3. Действия Страховщика или его представителей для установления факта обстоятельств страхового случая не являются основанием для признания прав Страхователя на получение страхового возмещения.

11.4. Если организованный Сервисной компанией визит врача не состоялся вследствие действий/бездействий Застрахованного, то при организации Сервисной компанией повторного визита, Застрахованный, по требованию Страховщика, обязан возместить расходы, которые были произведены на организацию первого визита, несостоявшегося по вине Застрахованного.

11.5. Если Застрахованный отказался от посещения клиники по направлению Сервисной компании, притом обратившись в иное лечебное учреждение, услуги которого в дальнейшем оплатил самостоятельно и предъявил к страховому возмещению, то при признании случая страховым, выплата производится исходя из стоимости аналогичных услуг, оказываемых в клинике по направлению Сервисной компании.

11.6. Если в результате невыполнения или ненадлежащего выполнения Страхователем обязанностей, вытекающих из вышеизложенного, для Страховщика станет невозможным установление обстоятельств страхового случая и (или) размера убытка, а также принятия решения о выплате страхового возмещения или оплате понесенных расходов, то Страховщик вправе отказать в выплате полностью или частично.

Страхователь несет ответственность за достоверность сообщаемых им сведений о страховом случае.

12. ОБЪЕМ СТРАХОВЫХ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ

12.1. При наступлении страховых случаев, предусмотренных настоящими Правилами, Страховщик и/или Сервисная компания обеспечивает оказание Застрахованным следующих услуг:

12.1.1. Программа «А Стандарт/Standart»

а). Амбулаторная помощь. По одному амбулаторному случаю, при наличии медицинских показаний, Страховщик оплачивает первичное обращение к врачу.

б). Дневной стационар. При пребывании в дневном стационаре Застрахованного лица оплачиваются расходы, связанные с предоставлением минимума услуг и лечением до купирования острого состояния, при условии, что нахождение в дневном стационаре согласовано с Сервисной компанией или Страховщиком. При заключении договора страхования по программе «А стандарт» медицинские расходы при лечении в дневном стационаре оплачиваются в сумме, не превышающей 2000 у.е.

в). Госпитализация. При госпитализации Застрахованного лица, оплачиваются расходы, связанные с предоставлением минимума услуг и лечением до купирования острого состояния, при условии, что Застрахованному необходима неотложная медицинская помощь в связи с развитием угрожающего жизни состояния. При заключении договора страхования по программе «А стандарт» медицинские расходы при стационарном лечении оплачиваются в сумме, не превышающей 3000 у.е., при условии, что госпитализация Застрахованного согласована с Сервисной компанией или Страховщиком.

г). При наличии угрозы жизни Застрахованному, вызванной хроническим заболеванием, его обострением, осложнением или последствиями, а равно инфарктом миокарда, ишемической (атеросклеротической) болезнью сердца, острым нарушением мозгового кровообращения, возмещаются расходы на экстренную помощь, в сумме не превышающей 500 у.е, вне зависимости от того знал о них Застрахованный к моменту заключения договора страхования или нет.

д). Страховщик имеет право отказать в покрытии рекомендованных лечащим врачом лечебных и диагностических процедур в случае, если, по мнению врача, назначенного Страховщиком, они не являются экстренными или могут быть заменены альтернативными лечебными и диагностическими процедурами. Врач-эксперт, назначенный Сервисной компанией и/или Страховщиком, должен иметь свободный доступ к Застрахованному и возможность ознакомиться с его историей болезни. Физиотерапия и восстановительное лечение не покрывается.

е). Для Застрахованных по программе «А стандарт» устанавливается безусловная франшиза в размере 100 у.е. от суммы расходов по каждому страховому случаю.

Безусловная франшиза — это часть убытка, не подлежащая возмещению страховщиком и вычитаемая при расчёте страхового возмещения, подлежащего выплате страхователю, из общей суммы возмещения.

ж). Расходы по транспортировке. Транспортировка Застрахованного в ближайшее медицинское учреждение для оказания медицинской помощи (вид транспортировки: машина «скорой помощи»), - в зависимости от состояния пациента определяется врачом Сервисной компании или врачом, проводившим первичный осмотр). Обратная транспортировка из медицинского учреждения не оплачивается,

з). Репатриация тела в случае смерти Застрахованного. Максимальный размер страхового возмещения составляет 5 000 у.е. (согласно валюте полиса). В случае смерти Застрахованного Страховщик и/или Сервисная компания организует репатриацию тела и оплатит согласованные и санкционированные Сервисной компанией или Страховщиком расходы по вскрытию и бальзамированию тела, пребыванию тела в морге, по приобретению гроба, требуемого для перевозки, оформлению необходимых для перевозки документов, перевозке тела в аэропорт прибытия, указанный в ранее приобретенном обратном билете Застрахованного.

12.1.2. Программа «А комфорт/Comfort»

а). Амбулаторная помощь. При этом по одному амбулаторному случаю, при наличии медицинских показаний, Страховщик, оплачивает 2-ое обращение к врачу, включая перевязки, внутривенные и внутримышечные инъекции, только при предоставлении документов медицинского учреждения о первичном приеме и назначении повторного приема, или отсутствия в медицинском учреждении профильного специалиста;

б). Дневной стационар. При пребывании в дневном стационаре Застрахованного лица оплачиваются расходы, связанные с предоставлением минимума услуг и лечением до купирования острого состояния, при условии, что нахождение в дневном стационаре согласовано с Сервисной компанией или Страховщиком. При заключении договора страхования по программе «А комфорт» медицинские расходы при лечении в дневном стационаре оплачиваются в сумме, не превышающей 3000 у.е.

в). Госпитализация. При подозрении на наличие у Застрахованного лица какого-либо заболевания или состояния, оплачиваются расходы, связанные с предоставлением минимума услуг и лечением до купирования острого состояния, при условии, что Застрахованному необходима неотложная медицинская помощь в связи с развитием угрожающего жизни состояния. При заключении договора страхования по программе «А комфорт» медицинские расходы при стационарном лечении оплачиваются в сумме, не превышающей 10000 у.е., при условии, что госпитализация Застрахованного согласована с Сервисной компанией или Страховщиком.

г). При наличии угрозы жизни Застрахованному, вызванной хроническим заболеванием, его обострением, осложнением или последствиями, а равно инфарктом миокарда, ишемической (атеросклеротической) болезнью сердца, острым нарушением мозгового кровообращения, возмещаются расходы на экстренную помощь по одному обращению на весь период пребывания за границей, в сумме не превышающей 1000 у.е, вне зависимости от того знал о них Застрахованный к моменту заключения договора страхования или нет.

д). Оплата расходов материалов для остеосинтеза, при этом расходы оплачиваются в сумме, не превышающей 500 у.е. Необходимость операции с использованием материалов для остеосинтеза подтверждается врачами Сервисной компании, при условии невозможности отложить данную операцию до возвращения на постоянное место проживания, без угрозы жизни и здоровью Застрахованного, и данная травма не явилась следствием хронического заболевания и/или имевшихся ранее травм.

е). Оплата услуг экстренной стоматологической помощи, в связи с возникновением у Застрахованного острой зубной боли или в связи с травмой, полученной им в результате несчастного случая, оплачиваются в сумме не превышающей 150 у.е.

Под экстренной стоматологической помощью понимаются расходы на осмотр, первую помощь при острой боли, назначение болеутоляющих медикаментов, рентген, закрытие полости зуба временной пломбой, удаление зуба при остром воспалении или травме и произведенных по медицинскому предписанию.

ж). Страховщик имеет право отказать в покрытии рекомендованных лечащим врачом лечебных и диагностических процедур в случае, если, по мнению врача, назначенного Страховщиком, они не являются экстренными или могут быть заменены альтернативными лечебными и диагностическими процедурами. Врач-эксперт, назначенный Сервисной компанией и/или Страховщиком, должен иметь свободный доступ к Застрахованному и возможность ознакомиться с его историей болезни. Физиотерапия и восстановительное лечение не покрывается.

з). Расходы по транспортировке. Транспортировка Застрахованного в ближайшее медицинское учреждение для оказания медицинской помощи (вид транспортировки: машина «скорой помощи»), - в зависимости от состояния пациента определяется врачом Сервисной компании или врачом, проводившим первичный осмотр). Обратная транспортировка из медицинского учреждения не оплачивается,

и). Репатриация тела в случае смерти Застрахованного. Максимальный размер страхового возмещения составляет 10 000 у.е. (согласно валюте полиса). В случае смерти Застрахованного Страховщик и/или Сервисная компания организует репатриацию тела и оплатит согласованные и санкционированные Сервисной компанией или Страховщиком расходы по вскрытию и бальзамированию тела, пребыванию тела в морге, по приобретению гроба, требуемого для перевозки, оформлению необходимых для перевозки документов, перевозке тела в аэропорт прибытия, указанный в ранее приобретенном обратном билете Застрахованного.

к). Расходы на телефонные переговоры со Страховщиком и/или обслуживающей сервисной компанией оплачиваются в сумме не превышающей 30 у.е.

12.1.3. Программа «В премиум/Premium»

а). Амбулаторная помощь (оказание экстренной помощи, назначенные врачом необходимые лечебные и диагностические процедуры, которые должны быть проведены на территории страхования, медикаменты, перевязочные материалы, средства фиксации, аренда костылей или кресла каталки, но не более 15 у.е. в сутки в течение 7 дней). При этом по одному амбулаторному случаю, при наличии медицинских показаний, Страховщик оплачивает не более 3 (трех) обращений к врачу, включая перевязки, внутривенные и внутримышечные инъекции, только при предоставлении документов медицинского учреждения о первичном приеме и назначении повторного приема, или отсутствия в медицинском учреждении профильного специалиста;

б). Дневной стационар. При пребывании в дневном стационаре Застрахованного лица оплачиваются расходы, связанные с предоставлением минимума услуг и лечением до купирования острого состояния, при условии, что нахождение в дневном стационаре согласовано с Сервисной компанией или Страховщиком.

в). Госпитализация. При подозрении на наличие у Застрахованного лица какого-либо заболевания или состояния, при условии, что Застрахованному необходима неотложная медицинская помощь в связи с развитием угрожающего жизни состояния, оплачиваются расходы в пределах лимита договора страхования, при условии, что госпитализация Застрахованного согласована с Сервисной компанией или Страховщиком.

г). При наличии угрозы жизни Застрахованному, вызванной хроническим заболеванием, его обострением, осложнением или последствиями, а равно инфарктом миокарда, ишемической (атеросклеротической) болезнью сердца, острым нарушением мозгового кровообращения,

возмещаются расходы на экстренную помощь, в сумме не превышающей 3000 у.е., вне зависимости от того знал о них Застрахованный к моменту заключения договора страхования или нет.

д). Оплата расходов материалов для остеосинтеза, при этом расходы оплачиваются в сумме, не превышающей 1000 у.е. Необходимость операции с использованием материалов для остеосинтеза подтверждается врачами Сервисной компании, при условии невозможности отложить данную операцию до возвращения на постоянное место проживания, без угрозы жизни и здоровью Застрахованного, и данная травма не явилась следствием хронического заболевания и/или имевшихся ранее травм.

е). Оплата услуг экстренной стоматологической помощи, в связи с возникновением у Застрахованного острой зубной боли или в связи с травмой, полученной им в результате несчастного случая, оплачиваются в сумме не превышающей 250 у.е.

Под экстренной стоматологической помощью понимаются расходы на осмотр, первую помощь при острой боли, назначение болеутоляющих медикаментов, рентген, закрытие полости зуба временной пломбой, удаление зуба при остром воспалении или травме и произведенных по медицинскому предписанию.

ж). Страховщик имеет право отказать в покрытии рекомендованных лечащим врачом лечебных и диагностических процедур в случае, если, по мнению врача, назначенного Страховщиком, они не являются экстренными или могут быть заменены альтернативными лечебными и диагностическими процедурами. Врач-эксперт, назначенный Сервисной компанией и/или Страховщиком, должен иметь свободный доступ к Застрахованному и возможность ознакомиться с его историей болезни.

з). Расходы по транспортировке. Транспортировка Застрахованного в ближайшее медицинское учреждение для оказания медицинской помощи (вид транспортировки: машина «скорой помощи» или иным видом транспорта), - в зависимости от состояния пациента определяется врачом Сервисной компании или врачом, проводившим первичный осмотр). Обратная транспортировка из медицинского учреждения не оплачивается,

и). Репатриация тела в случае смерти Застрахованного. Максимальный размер страхового возмещения составляет 15 000 у.е. (согласно валюте полиса). В случае смерти Застрахованного Страховщик и/или Сервисная компания организует репатриацию тела и оплатит согласованные и санкционированные Сервисной компанией или Страховщиком расходы по вскрытию и бальзамированию тела, пребыванию тела в морге, по приобретению гроба, требуемого для перевозки, оформлению необходимых для перевозки документов, перевозке тела в аэропорт прибытия, указанный в ранее приобретенном обратном билете Застрахованного.

к) Транспортные расходы, а именно:

-расходы застрахованного на проезд до места постоянного жительства, застрахованного в один конец экономическим классом, расходы на проезд до транспортного узла (аэропорта, вокзала) в стране временного пребывания, у которого есть прямое международное сообщение с населенным пунктом в стране постоянного жительства застрахованного. Указанные расходы возмещаются 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 сделать все от него зависящее, чтобы 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;

- расходы по проезду в один конец экономическим классом детей, находящихся при Застрахованном во время пребывания за границей, в страну их постоянного проживания в случае, если дети остались без присмотра в результате произошедшего с Застрахованным страхового случая;

л). Оплата расходов на визит третьего лица в чрезвычайной ситуации, если по заключению лечащего врача состояние здоровья Застрахованного критическое (оплата прямого и обратного билета в экономическом классе родственнику для посещения им Застрахованного). При этом расходы по пребыванию третьего лица за границей Страховщиком не покрываются.

м). Оплата расходов по юридической помощи в связи с возбуждением дела против лиц, по вине которых произошел несчастный случай с Застрахованным в размере, не превышающим 1 000 у.е.

м). Оплата расходов по административной помощи в размере, не превышающем 1 000 у.е., при этом:

- расходы на услуги переводчика, привлекаемого для целей установления диагноза Застрахованному, пребывающему в стационаре возмещаются в пределах эквивалента 100 (ста) у.е.;

- используя сеть своих представительств по всему миру, Сервисная компания обеспечит возможность передачи срочных сообщений и документов с возмещением расходов в пределах эквивалента 100 (ста) у.е. в случае госпитализации Застрахованного с угрозой жизни или смерти Застрахованного.

- возмещаются затраты на консульский сбор на продление визы в случае госпитализации и последующей транспортировки Застрахованного к месту постоянного проживания.

н). Содействие в предоставлении юридической помощи в случае непреднамеренного нарушения закона Застрахованным или причинением ущерба здоровью или имуществу третьего лица в размере, не превышающем 1 000 у.е.

о). Помощь Застрахованному в случае признания его решением суда виновным в случайном причинении вреда третьему лицу, если суд обяжет Застрахованного выплатить возмещение пострадавшему за случайное нанесение ему травмы или случайный ущерб, причиненный его имуществу в размере, не превышающем 1 000 у.е.

п). Расходы на телефонные переговоры со Страховщиком и/или обслуживающей сервисной компанией оплачиваются в сумме не превышающей 30 у.е.

12.1.4. Программа «В-Чайна/China»

а). Оплата экстренной медицинской помощи, включая хирургические и больничные услуги, оказанные Застрахованному лицу по медицинским показаниям, необходимость которых появилась в связи с получением травмы, отравления, внезапного острого заболевания или обострения хронического заболевания в период срока страхования.

Оплачиваются расходы в пределах страховой суммы, за исключением расходов связанных с обострением хронического заболевания. В случае обострения хронического заболевания лимит ответственности составляет 1 000 у.е.

б). Оплата расходов Застрахованного на оказание ему экстренной стоматологической помощи при возникновении острой зубной боли во время поездки, оплачивается в сумме не превышающей 200 у.е.

в). Оплата стоимости медикаментов, приобретение которых было предписано врачом, осуществляющим лечение травмы, отравления, внезапного острого заболевания или обострения хронического заболевания, подпадающего под действие договора страхования.

Оплачиваются расходы в пределах страховой суммы, за исключением расходов связанных с обострением хронического заболевания. В случае обострения хронического заболевания лимит ответственности составляет 1 000 у.е.

г). Компенсация расходов по прокату необходимых Застрахованному лицу костылей, инвалидных колясок, других предметов медицинского оборудования и вспомогательных средств, если данные услуги предоставляются по назначению лечащего врача. Оплачиваются расходы в пределах страховой суммы.

д). Перевозка Застрахованного лица с места происшествия в одну из ближайших больниц; Прямая эвакуация Застрахованного с необходимым медицинским сопровождением до ближайшего к постоянному месту жительства аэропорта/железнодорожного вокзала, с которым имеется прямое авиа/железнодорожное сообщение, если после проведенного лечения Застрахованное лицо не может возвратиться к месту постоянного места проживания как регулярный пассажир. Оплачиваются расходы в пределах страховой суммы.

е). Оплата и организация через Сервисную компанию в размере, не превышающем указанные лимиты, репатриацию тела (транспортировки урны с прахом), вскрытие, гроб, требуемый для перевозки, и перевозку останков до аэропорта/ ж/д вокзала, наиболее близкого к предполагаемому месту захоронения, с которым имеется прямое авиа / железнодорожное сообщение в случае смерти Застрахованного лица во время его пребывания за пределами его постоянного места жительства. Оплачиваются расходы в пределах страховой суммы.

Не оплачиваются расходы по организации и перевозке останков в случае смерти Застрахованного лица, причиной которой явилось острое состояние, состоящее в причинно-следственной связи с обострением и/или осложнением любых хронических заболеваний, вне зависимости от того знал о них Застрахованный к моменту заключения договора страхования или нет.

ж). Если Застрахованное лицо госпитализировано в связи с телесными повреждениями или болезнью и находится в госпитале более 10 дней, Страховщик оплатит, по официальной просьбе Застрахованного лица, прямой и обратный авиабилет в экономическом классе для любого лица, определенного Застрахованным лицом и проживающего с ним в месте регистрации или постоянного проживания. Лимит ответственности составляет 2 000 у.е.

з). В случае, если дети Застрахованного лица, находящиеся на его иждивении и путешествующие вместе с ним, окажутся без присмотра в результате болезни или несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом, Страховщик оплатит, а Сервисная компания организует возвращение детей к месту их постоянного проживания экономическим классом) Оплачиваются расходы в пределах страховой суммы

и). При госпитализации застрахованного младше 12 лет, страховщик, в том числе, оплачивает расходы одного из сопровождающего его родителя на период госпитализации (если больница не предоставила ему жилье, то страховая компания оплатит его пребывание в гостинице). Страховщик несет расходы на проживание сопровождающего родителя в гостинице не более 5 суток и не более 70 у.е. за каждые сутки

12.1.5. По риску отказа от поездки страховое возмещение устанавливается условиями договора страхования и определяется исходя из разницы между фактически понесенными расходами Застрахованного по приобретению путевки или проездных документов и возвращенной суммой за эту путевку или проездные документы, в пределах страховой суммы.

13. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

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

13.2. При признании происшедшего события страховым случаем возмещение расходов по программам «А стандарт», «А комфорт», «В премиум», «В-Чайна» производится оплатой услуг Сервисной компании на основании документов, полученной от сервисной компании 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.

13.3. Если Страхователь /Застрахованный самостоятельно оплатил расходы, связанные со страховым случаем, при отсутствии спора о том, имел ли место страховой случай, и эти расходы согласованы с Сервисной компанией или Страховщиком, то при обращении за возмещением Страхователь/Застрахованный предоставляет Страховщику следующие оригинальные документы:

13.3.1. При обращении за возмещением расходов связанных с внезапным заболеванием или несчастным случаем:

- письменное заявление, содержащее полную информацию о страховом случае, дате обращения в Сервисную компанию, а в случае не обращения в Сервисную компанию – о причине не обращения;
- документ, удостоверяющий личность заявителя;
- оригинал Страхового полиса и документ, подтверждающий своевременную и полную оплату страховой премии;

- медицинский отчет, выписку из истории болезни или другой медицинский документ с указанием ФИО пациента, даты обращения, диагноза и перечнем оказанных услуг на официальном бланке врача/медицинского учреждения;

- счета от врача и/или из лечебного учреждения, с подтверждением оплаты;

- счета и чеки из аптеки с указанием перечня приобретенных медикаментов, рецепты, выписанные врачом на бланке врача или лечебного учреждения.

Выписанные лечащим врачом оригиналы рецептов должны иметь штампы аптеки и чек об оплате, с указанием стоимости каждого приобретенного лекарства. К оплате принимаются только оплаченные счета;

- в случае ДТП, если Застрахованный управлял транспортным средством, то копию прав соответствующей категории, полицейский протокол, решение суда с указанием виновника ДТП, если Застрахованный был пассажиром, пешеходом, то полицейский рапорт и решение суда с указанием виновника ДТП;

- счета за телефонные переговоры с Сервисной компанией в связи со страховым случаем, квитанции об оплате проезда с указанием фамилии и имени Застрахованного, маршрута и даты поездки (отель – врач, врач – отель);

- нотариально заверенную доверенность от Застрахованного на представление интересов в Страховой компании, если получатель выплаты не является лицом, с которым произошел страховой случай.

13.3.2. При обращении за возмещением расходов по посмертной репатриации тела Застрахованного, лицо, оплатившее расходы по репатриации предоставляет:

- письменное заявление, содержащее полную информацию о страховом случае;

- оригинал Страхового полиса и документ, подтверждающий своевременную и полную оплату страховой премии;

- документы, удостоверяющие личность лица, оплатившего расходы по репатриации;

- нотариально заверенную копию свидетельства о смерти;

- копию медицинского свидетельства о смерти или иного официального документа с информацией о причинах смерти;

- документы, подтверждающие расходы по репатриации, подлежащие покрытию в соответствии с условиями настоящих Правил;

- иные документы по требованию Страховщика, позволяющие объективно установить факт наступления страхового случая и определить размер понесенных расходов;

- нотариально заверенную доверенность от лица, понесшего расходы по посмертной репатриации Застрахованного, на представление интересов в Страховой компании, если получатель выплаты не является лицом, понесшим возмещаемые расходы.

13.3.3. При обращении за возмещением транспортных расходов, а также расходов, связанных с оказанием административной или юридической помощи Застрахованный обязан представить следующие документы:

- документ, подтверждающий факт необходимости эвакуации детей к месту постоянного проживания в связи с тем, что они остались без присмотра в результате внезапного заболевания родителей или сопровождающих их лиц;

- размер выплаты определяется стоимостью билета до места постоянного проживания (страны постоянного проживания) детей с учетом необходимости сопровождения детей;

- документы, подтверждающие факт обращения за помощью к юристу в связи с непреднамеренным нарушением закона, Застрахованным или причинением вреда здоровью или имуществу третьего лица.

- постановление суда о признании виновным Застрахованного в случайном причинении вреда третьему лицу с указанием суммы, которую Застрахованный обязан выплатить пострадавшему за случайное нанесение ему травмы или за ущерб, причиненный его имуществу.

Размер выплаты, в случае признания вины Застрахованного перед третьим лицом, определяется постановлением суда, но не может превышать страховую сумму.

Размер выплаты может быть установлен по соглашению между Страховщиком, Застрахованным и третьим лицом, но не более страховой суммы.

Возмещение расходов осуществляется в рублях. Если страховая сумма установлена в валютном эквиваленте - по курсу ЦБ России на дату наступления страхового случая

13.4. При обращении по страховому случаю по программе «D» Страхователь/Застрахованный обязан представить следующие оригинальные документы:

- письменное заявление, содержащее полную информацию о страховом случае;
- оригинал Страхового полиса и документ, подтверждающий своевременную и полную оплату страховой премии;
- билет, багажную квитанцию и/или багажную бирку;
- оригинал акта утраты/задержки багажа, составленный правомочными органами (представителями организации-перевозчика).
- документы, подтверждающие приобретение вещей первой необходимости с указанием перечня приобретенных товаров
- по п. 3.3.6. а) факт происшедшего должен быть удостоверен компетентными органами. Страховщик вправе потребовать документ, подтверждающий факт возбуждения уголовного дела. Выплата страхового возмещения может быть задержана до решения суда.
- по п. 3.3.6. б) – в) факт происшедшего должен быть подтвержден документами из компетентных государственных органов по месту происшествия;
- по п.3.3.6. в).- факт происшедшего должен быть подтвержден документами составленный правомочными органами (представителями организации-перевозчика).

Список вещей, находившихся в багаже, должен быть заверен органами полиции, другими административными органами, а также заверен подписями не менее двух свидетелей. На вещи, приобретенные Застрахованным во время поездки, должны быть предъявлены товарные или кассовые чеки, подтверждающие стоимость приобретенной вещи. Все документы, подтверждающие размер расходов (счета, чеки, квитанции и т.д.) должны быть предоставлены в подлинниках. Страховщик вправе оценить сумму ущерба с учетом возможного ремонта или восстановления испорченных вещей. В этом случае суммой ущерба считается стоимость ремонта. Стоимость ремонта не может превышать стоимости самой вещи.

Определение размера ущерба производится по каждому предмету в отдельности. Предусмотренные правилами выплаты не могут превышать страховую сумму. Если похищенная (пропавшая) вещь была возвращена Застрахованному, то он обязан вернуть Страховщику полученное страховое возмещение за вычетом связанных со страховым случаем расходов на ремонт или приведение в порядок возвращенной вещи.

Если за утраченный или поврежденный багаж или его часть Застрахованным было получено возмещение от третьих лиц, Страховщик оплачивает лишь разницу между суммой, подлежащей оплате по договору страхования, и суммой, полученной от третьих лиц. О получении таких сумм Застрахованный немедленно должен сообщить Страховщику.

Действительная стоимость вещей определяется по рыночной стоимости на момент заключения договора страхования.

При утрате (краже, порче) отдельных предметов, входящих в состав комплекта, набора и т.д., сумма ущерба определяется как разница между действительной стоимостью данного комплекта, набора и т.д. и стоимостью сохранившихся предметов.

По данному виду страхования Страховщик производит страховую выплату в пределах страховой суммы.

Возмещение расходов осуществляется в рублях. Если страховая сумма установлена в валютном эквиваленте – по курсу ЦБ России на дату наступления страхового случая.

13.5. При обращении по страховому случаю по программе «E» Застрахованный обязан представить следующие оригинальные документы:

- 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);

- квитанцию об уплате консульского сбора в случае, если он не был включен в договор с туристической организацией;
- оригинал договора с туристической организацией;
- оригинал ваучера 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 (в случае стационарного лечения), 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 необходимости ухода за близкими родственниками Застрахованного – заверенная работодателем копия листка нетрудоспособности и заключение клинико-экспертной комиссии государственного ЛПУ о том, на какой срок родственнику Застрахованного необходим неквалифицированный уход, а также документы, подтверждающие родственную связь Застрахованного с заболевшим;
 - при невозможности совершить поездку вследствие судебного разбирательства, возбуждения уголовного дела – заверенная судебным органом копия судебной повестки или постановление о привлечении в качестве обвиняемого;
 - при отказе в получении въездной визы – оригинал загранпаспорта, официальный отказ консульской службы посольства;
 - при задержке в получении въездной визы - паспорт застрахованного, содержащий информацию о дате получения визы, а также официальные документы туроператора, подтверждающие своевременную передачу в консульство документов Застрахованного (почтовая накладная или письмо консульства/туроператора на официальном бланке с подписью и печатью уполномоченного лица).
 - в случае гибели или повреждения недвижимого имущества или автомобиля, находящегося в собственности у застрахованного: акты или справки из органов внутренних дел, пожарного надзора или эксплуатационных и аварийных служб, подтверждающие факт, время и место наступления события, и необходимость участия застрахованного в расследовании и устранении последствий;
 - документ, подтверждающий факт сдачи проездного документа, путевки и т.д. и суммы возмещения и / или потерь полученные Застрахованным от этих операций;

Размер выплаты страхового возмещения определяется исходя из разницы между фактически понесенными расходами Застрахованного по приобретению путевки или проездных документов и возвращенной суммой за эту путевку или проездные документы, в пределах страховой суммы.

13.6. Если Страховщик признает наступившее событие страховым случаем и при отсутствии судебного спора между сторонами, он, на основании заявления, документов, представленных Застрахованным и указанным в п. 13.3., 13.4., 13.5. настоящих Правил, а также самостоятельно полученных им материалов и информации, в течение 15-ти рабочих дней с момента получения всех необходимых документов производит расчет понесенных Застрахованным расходов (убытков), размер суммы страхового возмещения, подлежащей выплате Застрахованному (Сервисной компании) и принимает решение о страховой выплате.

13.7. Если при проверке заявления Застрахованного (материалов Сервисной компании, медицинского учреждения и иных учреждений, организаций) установлено, что заявленные расходы и убытки наступили не в результате страхового случая, то Страховщик в течение 10-ти рабочих дней с момента получения всех необходимых документов, составляет документ произвольной формы и письменно уведомляет Страхователя/Застрахованного о непризнании наступившего события страховым случаем и принятом решении об отказе в страховой выплате.

13.8. Страховщик производит страховые выплаты в течение 15-ти рабочих дней после принятия решения о страховой выплате.

13.9. Страховая выплаты определяется исходя из размера убытка понесенного Застрахованным в результате наступления страхового случая, но в пределах лимитов ответственности по конкретной программе страхования, определенной в договоре страхования (страховом полисе).

13.10. Страховщик вправе проводить проверку предоставленных документов и запрашивать дополнительные сведения у Застрахованного и/или организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, если на основании представленных документов окажется невозможным судить об обстоятельствах наступления страхового случая и размере ущерба. Страховщик имеет право запросить у Застрахованного перевод на русский язык документов, подтверждающих наступление страхового случая, представленных на иностранных языках, при этом расходы на перевод возлагаются на Застрахованное лицо.

13.11. Страховщик имеет право на ознакомление с медицинской документацией Застрахованного, отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, касающегося причин обращения, вплоть до проведения медицинского освидетельствования Застрахованного.

13.12. Страховщик вправе установить дополнительные условия порядка возмещения расходов, произошедших в связи с несчастным случаем и внезапным заболеванием, например, потребовать обязательного незамедлительного обращения в диспетчерскую службу сервисной компании Страховщика или непосредственно к Страховщику.

13.13. Страховщик, в пределах страховой суммы, возмещает понесенные расходы за оказанные услуги на основании оригиналов представленных документов Застрахованному, сервисной компании или медицинскому (или иному) учреждению, оказавшему эти услуги, с которым у Страховщика имеются договорные отношения.

Оплата произведенных расходов производится на основании заключения врача - эксперта Страховщика о целесообразности произведенных расходов.

13.14. Возмещение расходов осуществляется в рублях. Если счета представлены в валюте другого государства и страховая сумма установлена в валютном эквиваленте - по курсу ЦБ России на дату наступления страхового случая, но не более страховой суммы.

13.15. Страховщик обеспечивает соблюдение требований к идентификации получателей страховых услуг их представителей в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма при урегулировании требований о страховой выплате.

13.16. На стадии урегулирования требований о страховой выплате обеспечивается идентификация лица, обратившегося к страховщику с заявлением о получении страховой выплаты (выгодоприобретателя, страхователя, застрахованного лица, или их представителей), а также получателя страховой выплаты.

13.17. 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.

13.18. В случае выявления факта предоставления получателем страховых услуг документов, недостаточных для принятия страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями правил страхования и (или) договора страхования, страховщик обязан:

- принять их, если иное не предусмотрено для отдельного вида страхования законодательством Российской Федерации, при этом срок принятия решения или единый срок урегулирования требования о страховой выплате не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;

- уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов.

Срок уведомления физических лиц - получателей страховых услуг о выявлении факта предоставления получателем страховых услуг документов, недостаточных для принятия страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов не должен превышать 15 рабочих дней.

14. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

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

14.2. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате, если убытки явились следствием:

- совершения Застрахованным умышленных действий направленных на наступление страхового случая;

- совершения Застрахованным противоправных действий, находящихся в прямой причинно-следственной связи с происшедшим страховым случаем;

- сообщения Застрахованным недостоверных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени риска и не утративших значения на момент страхового случая;

- невыполнения или ненадлежащего выполнения Застрахованным обязанностей, предусмотренных полисом, а также необоснованный отказ Застрахованного от выполнения предписаний Страховщика или Сервисной компании.

- в случае предоставления Застрахованным или лицом, представляющим его интересы, фальсифицированных документов на выплату страхового возмещения.

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

14.3.1. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

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

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

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

14.3.5. По причинам указанным в статье 4 настоящих Правил.

14.4. Страховая выплата не производится:

- если Застрахованный получил возмещение убытка, вызванного наступлением страхового случая от лица, виновного в причинении убытка;

- если убытки компенсированы не полностью, то Страховщик выплачивает Застрахованному возмещение в размере разницы между суммой, подлежащей выплате по страхованию, и суммой, которая получена страхователем от виновного лица;

- в других случаях, предусмотренных договором страхования.

14.5. В случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты (далее - решение об отказе) Страховщик в течение трех рабочих дней после принятия решения об отказе информирует Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) в письменном виде об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и правил страхования, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

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

14.7. Страховщик не имеет права отказать в страховой выплате по причине утраты им представленных документов на страховую выплату (какого-либо из них), если имеются доказательства получения страховщиком указанных документов.

В случае если страховщик утратил документы на страховую выплату, он не вправе повторно требовать их предоставления от подавшего лица.

15. СУБРОГАЦИЯ

15.1. В соответствии с действующим законодательством к Страховщику, произведшему страховую выплату, переходит в пределах выплаченной суммы право требования, которое Застрахованный имеет к лицу, ответственному за причиненный ущерб (суброгация).

15.2. Застрахованный обязан передать Страховщику все имеющиеся документы и сообщить все известные ему сведения для предъявления суброгационного требования к лицу, ответственному за ущерб, наступивший в результате наступления страхового случая.

15.3. Страховщик имеет право не производить страховую выплату полностью или в соответствующей части, или, если оно уже выплачено, взыскать его с Застрахованного полностью либо частично, если Застрахованный отказался от своего права требования к лицу, ответственному за убытки или осуществить это право стало невозможным по вине Застрахованного.

16. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ ПРЕТЕНЗИЙ

16.1. Все споры, возникающие из правоотношений по договору комплексного страхования путешественников, стороны разрешают путем переговоров. При не достижении соглашения споры передаются на рассмотрение в суд.

16.2. Все вопросы взаимоотношения сторон, не предусмотренные настоящими правилами, регламентируются действующим законодательством России.

БАЗОВЫЕ ТАРИФНЫЕ СТАВКИ

(в % к страховой сумме, на одну поездку)

СТРАХОВЫЕ РИСКИ	ТАРИФНЫЕ СТАВКИ
1. Медицинские и иные расходы, вызванные внезапным заболеванием или несчастным случаем (п.3.3.1.-3.3.5. Правил страхования).	0.0107
2. Убытки в связи с утратой (гибелью) или повреждением багажа (п. 3.3.6. Правил страхования).	0.2023
3. Убытки вследствие невозможности совершения поездки (п. 3.3.7. Правил страхования).	0.0658
4. Расходы по получению юридической помощи (п. 3.3.3. е., ж., з., и. Правил страхования).	0.0418

При заключении конкретного договора страхования Страховщик имеет право применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты в зависимости от различных факторов риска (**K1, K2 ... Kn**).

категория Страхователей :

юридические лица (K1) :

повышающий - от 1,10 до 2,00

понижающий - от 0,50 до 0,99

дееспособные физические лица (K2) :

повышающий - от 1,10 до 2,5

понижающий - от 0,30 до 0,99

маршрут поездки (K3) :

повышающий – от 1,10 до 2,0

понижающий - от 0,50 до 0,80

продолжительность поездки (K4) :

- 1 - 15 дней (K4.1.) :

Повышающий - от 1,10 до 1,50

понижающий - от 0,30 до 0,70

- 16 - 30 дней (K4.2.) :

повышающий - от 1,10 до 1,80

понижающий - от 0,30 до 0,80

- 31 - 180 дней (K4.3.) :

повышающий - от 1,10 до 2,0

понижающий - от 0,30 до 0,90

181- 365 дней (K4.4.) :

повышающий - от 1,10 до 2,5

понижающий - от 0,30 до 1,0

цель поездки (К5) :

- туристическая (экскурсионная) (К5.1.) :

повышающий - от 1,25 до 2,0

понижающий - от 0,30 до 0,70

- занятие любыми видами спорта и участие в тренировках, в соревнованиях спортсменов на профессиональном или любительском уровне (К5.2.) :

повышающий - от 1,20 до 2,8

понижающий - от 0,50 до 0,90

- иные цели (К5.3.) :

повышающий - от 1,15 до 2,0

понижающий - от 0,30 до 0,60

возраст Застрахованного лица (К6) :

- от 0 года до 5 лет (К6.1) :

повышающий – от 1,30 до 3,0

- от 6 до 18 лет (К6.2) :

понижающий - от 0,60 до 0,90

- от 19 до 23 лет (К6.3) :

понижающий - 0,60 до 0,80

- от 55 до 65 лет (К6.4) :

повышающий – от 1,20 до 1,50

- от 65 до 70 лет (К6.5) :

повышающий – от 1,5 до 2,0

- от 70 до 80 лет (К6.6) :

повышающий – от 2,5 до 4,0

численность группы (К7) :

- от 5 до 20 человек (К7.1) :

понижающий - от 0,50 до 0,80

- от 20 до 50 человек (К7.2) :

понижающий - от 0,50 до 0,75

стоимость медицинских услуг в месте временного пребывания Застрахованного лица (К8) :

повышающий – от 1,40 до 3,0

понижающий - от 0,50 до 0,75

страхование с франшизой (К9) :

понижающие коэффициенты -

размер франшизы 1% - 3% - 0,80,

размер франшизы 4% - 6% - 0,75,

размер франшизы 7% - 10% - 0,60,

расширение (по соглашению сторон) перечня исключений из страхования (К10) :

понижающий - от 0,10 до 0,65

повышение страхового риска в период действия договора страхования (К11) :

повышающий - от 1,30 до 4,0

сокращение перечня событий, включаемых в договор страхования (К12) :

понижающий - 0,30 до 0,45

Формула для расчёта повышающего коэффициента :

$$K_{пов.} = K1 \times K2 \times \dots \times Kn$$

Формула для расчёта понижающего коэффициента :

$$K_{пон.} = K1 \times K2 \times \dots \times Kn$$

При определении итоговой величины тарифной ставки по конкретному договору страхования, результирующий коэффициент не может превышать 10,0 или быть меньше 0,10.

Тарифная ставка для конкретного договора страхования получается страховщиком путем умножения базовой тарифной ставки из настоящего Расчёта на соответствующий коэффициент :

$$T = T_{баз.} \times K_{пов.}(K_{пон.})$$

Полученная тарифная ставка согласовывается со Страхователем и используется для расчёта страховой премии.

Конкретные факторы риска и обстоятельства, увеличивающие (уменьшающие) вероятность наступления страхового события, а также конкретные размеры повышающих (понижающих) коэффициентов, которые Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам, выявляются (определяются) в ходе оценки Страховщиком страхового риска при заключении конкретного договора страхования.

Факторы риска и необходимые пояснения по размеру применённых повышающих или понижающих коэффициентов приводятся Страховщиком в договоре страхования.

В случае не применения одного из повышающих (понижающих) коэффициентов, для расчета страхового тарифа принимается значение данного коэффициента равного 1.

Генеральный директор

С.В.Кучун

Дальневосточное железнодорожное акционерное страховое общество «ДальЖАСО

ПОЛИС	POLICY
страхования от несчастных случаев и внезапных заболеваний граждан, выезжающих за границу	insurance of travellers outside Russia
Серия _____ Номер _____	Series _____ Number _____
1. Застрахованный _____ (Ф.И.О.)	1. Insured person _____ (Full name)
2. Возраст	2. Ege
3. Домашний адрес и телефон	3. Home address and telephone number
4. Дата вступления договора в действие	4. Contract valid from (Date)
5. Дата окончания действия договора	5. Contract valid until (Date)
6. Лимит страховой ответственности	6. Insurer s liability limits
7. Программа	7. Programm
С правилами страхования ознакомлен и согласен _____ (Ф.И.О.)	
г. _____	“ _____ “ _____ 20 ____ г.

1. Страховщик принимает на себя обязательства организовать предоставление и оплатить затраты на медицинские и иные услуги Застрахованному в связи со следующими страховыми событиями:

Основные варианты страхования

Программа «А –Стандарт/ Standart»

а). Медицинские расходы на амбулаторное лечение и лечение в стационаре (услуги врачей, предписанные врачом медикаменты и перевязочные средства, общепринятый комплекс больничных услуг), произведенные по медицинскому предписанию, необходимость которых появилась в результате несчастного случая, а также непредвиденной или внезапной болезни, случившихся во время действия договора страхования.

Амбулаторная помощь. Оплачиваются расходы по одному амбулаторному случаю, при наличии медицинских показаний, Страховщик оплачивает первичное обращение к врачу.

Дневной стационар. При пребывании в дневном стационаре Застрахованного лица оплачиваются расходы, связанные с предоставлением минимума услуг и лечением до купирования острого состояния, при условии, что нахождение в дневном стационаре согласовано с Сервисной компанией или Страховщиком. При заключении договора страхования по программе «А стандарт» медицинские расходы при лечении в дневном стационаре оплачиваются в сумме, не превышающей 2000 у.е.

Госпитализация. При госпитализации Застрахованного лица, оплачиваются расходы, связанные с предоставлением минимума услуг и лечением до купирования острого состояния, при условии, что Застрахованному необходима неотложная медицинская помощь в связи с развитием угрожающего жизни состояния. При заключении договора страхования по программе «А стандарт» медицинские расходы при стационарном лечении оплачиваются в сумме, не превышающей 3000 у.е., при условии, что госпитализация Застрахованного согласована с Сервисной компанией или Страховщиком.

б). Транспортировка Застрахованного автомашиной «скорой помощи» в одну из ближайших больниц и, если это необходимо по медицинским показаниям, транспортировка лица с необходимым сопровождением «скорой помощи» в больницу, более подходящую по оборудованию для лечения полученных телесных повреждений или болезни.

Расходы по транспортировке. Транспортировка Застрахованного в ближайшее медицинское учреждение для оказания медицинской помощи (вид транспортировки: машина «скорой помощи»), - в зависимости от состояния пациента определяется врачом Сервисной компании или врачом, проводившим первичный осмотр). Обратная транспортировка из медицинского учреждения не оплачивается,

в). Расходы, санкционированные Сервисной компанией или Страховщиком, по посмертной репатриации тела (транспортировки урны с прахом) до аэропорта прибытия, указанного в ранее приобретенном обратном билете Застрахованного, если его смерть наступила в результате страхового случая. Расходы по посмертной репатриации покрываются в пределах оговоренном в договоре страхования лимите ответственности. При этом Страховщик не оплачивает расходы на ритуальные услуги на территории страны постоянного проживания Застрахованного.

Максимальный размер страхового возмещения составляет 5 000 у.е. (согласно валюте полиса). В случае смерти Застрахованного Страховщик и/или Сервисная компания организует репатриацию тела и оплатит согласованные и санкционированные Сервисной компанией или Страховщиком расходы по вскрытию и бальзамированию тела, пребыванию тела в морге, по приобретению гроба, требуемого для перевозки, оформлению необходимых для перевозки документов, перевозке тела в аэропорт прибытия, указанный в ранее приобретенном обратном билете Застрахованного.

г). При наличии угрозы жизни Застрахованному, вызванной хроническим заболеванием, его обострением, осложнением или последствиями, а равно инфарктом миокарда, ишемической (атеросклеротической) болезнью сердца, острым нарушением мозгового кровообращения, возмещаются расходы на экстренную помощь, в сумме не превышающей 500 у.е, вне зависимости от того знал о них Застрахованный к моменту заключения договора страхования или нет.

д). Страховщик имеет право отказать в покрытии рекомендованных лечащим врачом лечебных и диагностических процедур в случае, если, по мнению врача, назначенного Страховщиком, они не являются экстренными или могут быть заменены альтернативными лечебными и диагностическими процедурами. Врач-эксперт, назначенный Сервисной компанией и/или Страховщиком, должен иметь свободный доступ к Застрахованному и возможность ознакомиться с его историей болезни. Физиотерапия и восстановительное лечение не покрывается.

е). Для Застрахованных по программе «А стандарт» устанавливается безусловная франшиза в размере 100 у.е. от суммы расходов по каждому страховому случаю.

Безусловная франшиза — это часть убытка, не подлежащая возмещению страховщиком и вычитаемая при расчёте страхового возмещения, подлежащего выплате страхователю, из общей суммы возмещения.

Программа «А –Комфорт/ Comfort»

а). Медицинские расходы на амбулаторное лечение и лечение в стационаре (услуги врачей, предписанные врачом медикаменты и перевязочные средства, общепринятый комплекс больничных услуг), произведенные по медицинскому предписанию, необходимость которых появилась в результате несчастного случая, а также непредвиденной или внезапной болезни, случившихся во время действия договора страхования.

Амбулаторная помощь. При этом по одному амбулаторному случаю, при наличии медицинских показаний, Страховщик, оплачивает 2-ое обращение к врачу, включая перевязки, внутривенные и внутримышечные инъекции, только при предоставлении документов медицинского учреждения о первичном приеме и назначении повторного приема, или отсутствия в медицинском учреждении профильного специалиста;

Дневной стационар. При пребывании в дневном стационаре Застрахованного лица оплачиваются расходы, связанные с предоставлением минимума услуг и лечением до купирования острого состояния, при условии, что нахождение в дневном стационаре согласовано с Сервисной компанией или Страховщиком. При заключении договора страхования по программе «А комфорт» медицинские расходы при лечении в дневном стационаре оплачиваются в сумме, не превышающей 3000 у.е.

Госпитализация. При подозрении на наличие у Застрахованного лица какого-либо заболевания или состояния, оплачиваются расходы, связанные с предоставлением минимума услуг и лечением до купирования острого состояния, при условии, что Застрахованному необходима неотложная медицинская помощь в связи с развитием угрожающего жизни состояния. При заключении договора

страхования по программе «А комфорт» медицинские расходы при стационарном лечении оплачиваются в сумме, не превышающей 10000 у.е., при условии, что госпитализация Застрахованного согласована с Сервисной компанией или Страховщиком.

При наличии угрозы жизни Застрахованному, вызванной хроническим заболеванием, его обострением, осложнением или последствиями, а равно инфарктом миокарда, ишемической (атеросклеротической) болезнью сердца, острым нарушением мозгового кровообращения, возмещаются расходы на экстренную помощь по одному обращению на весь период пребывания за границей, в сумме не превышающей 1000 у.е., вне зависимости от того знал о них Застрахованный к моменту заключения договора страхования или нет.

Материалы для остеосинтеза оплачиваются в сумме, не превышающей 500 у.е. Необходимость операции, с использованием материалов для остеосинтеза, подтверждается врачами Сервисной компании, при условии невозможности отложить данную операцию до возвращения на постоянное место проживания, без угрозы жизни и здоровью Застрахованного, и данная травма не явилась следствием хронического заболевания и/или имевшихся ранее травм.

Страховщик имеет право отказать в покрытии рекомендованных лечащим врачом лечебных и диагностических процедур в случае, если, по мнению врача, назначенного Страховщиком, они не являются экстренными или могут быть заменены альтернативными лечебными и диагностическими процедурами. Врач-эксперт, назначенный Сервисной компанией и/или Страховщиком, должен иметь свободный доступ к Застрахованному и возможность ознакомиться с его историей болезни. Физиотерапия и восстановительное лечение не покрывается.

Оплата услуг экстренной стоматологической помощи, в связи с возникновением у Застрахованного острой зубной боли или в связи с травмой, полученной им в результате несчастного случая, в пределах указанных в договоре страхования лимитов ответственности.

Оплата услуг экстренной стоматологической помощи, в связи с возникновением у Застрахованного острой зубной боли или в связи с травмой, полученной им в результате несчастного случая, оплачиваются в сумме не превышающей 150 у.е.

Под экстренной стоматологической помощью понимаются расходы на осмотр, первую помощь при острой боли, назначение болеутоляющих медикаментов, рентген, закрытие полости зуба временной пломбой, удаление зуба при остром воспалении или травме и произведенных по медицинскому предписанию.

б). Транспортировка Застрахованного автомашиной «скорой помощи» в одну из ближайших больниц и, если это необходимо по медицинским показаниям, транспортировка лица с необходимым сопровождением автомашиной «скорой помощи» в больницу, более подходящую по оборудованию для лечения полученных телесных повреждений или болезни.

Расходы по транспортировке. Транспортировка Застрахованного в ближайшее медицинское учреждение для оказания медицинской помощи (вид транспортировки: машина «скорой помощи»), - в зависимости от состояния пациента определяется врачом Сервисной компании или врачом, проводившим первичный осмотр). Обратная транспортировка из медицинского учреждения не оплачивается,

в). Расходы, санкционированные Сервисной компанией или Страховщиком, по посмертной репатриации тела (транспортировки урны с прахом) до аэропорта прибытия, указанного в ранее приобретенном обратном билете Застрахованного, если его смерть наступила в результате страхового случая. Расходы по посмертной репатриации покрываются в пределах оговоренном в договоре страхования лимите ответственности. При этом Страховщик не оплачивает расходы на ритуальные услуги на территории страны постоянного проживания Застрахованного.

Максимальный размер страхового возмещения составляет 10 000 у.е. (согласно валюте полиса). В случае смерти Застрахованного Страховщик и/или Сервисная компания организует репатриацию тела и оплатит согласованные и санкционированные Сервисной компанией или Страховщиком расходы по вскрытию и бальзамированию тела, пребыванию тела в морге, по приобретению гроба, требуемого для перевозки, оформлению необходимых для перевозки документов, перевозке тела в аэропорт прибытия, указанный в ранее приобретенном обратном билете Застрахованного.

г). Телефонные переговоры со Страховщиком и/или обслуживающей сервисной компанией.

Расходы на телефонные переговоры со Страховщиком и/или обслуживающей сервисной компанией оплачиваются в сумме не превышающей 30 у.е.

Программа «В-Премиум/Premium»

а). Услуги программы «А -Комфорт»

Амбулаторная помощь (оказание экстренной помощи, назначенные врачом необходимые лечебные и диагностические процедуры, которые должны быть проведены на территории страхования, медикаменты, перевязочные материалы, средства фиксации, аренда костылей или кресла каталки, но не более 15 у.е. в сутки в течение 7 дней). При этом по одному амбулаторному случаю, при наличии медицинских показаний, Страховщик оплачивает не более 3 (трех) обращений к врачу, включая перевязки, внутривенные и внутримышечные инъекции, только при предоставлении документов медицинского учреждения о первичном приеме и назначении повторного приема, или отсутствия в медицинском учреждении профильного специалиста;

Дневной стационар. При пребывании в дневном стационаре Застрахованного лица оплачиваются расходы, связанные с предоставлением минимума услуг и лечением до купирования острого состояния, при условии, что нахождение в дневном стационаре согласовано с Сервисной компанией или Страховщиком.

Госпитализация. При подозрении на наличие у Застрахованного лица какого-либо заболевания или состояния, при условии, что Застрахованному необходима неотложная медицинская помощь в связи с развитием угрожающего жизни состояния, оплачиваются расходы в пределах лимита договора страхования, при условии, что госпитализация Застрахованного согласована с Сервисной компанией или Страховщиком.

При наличии угрозы жизни Застрахованному, вызванной хроническим заболеванием, его обострением, осложнением или последствиями, а равно инфарктом миокарда, ишемической (атеросклеротической) болезнью сердца, острым нарушением мозгового кровообращения, возмещаются расходы на экстренную помощь, в сумме не превышающей 3000 у.е., вне зависимости от того знал о них Застрахованный к моменту заключения договора страхования или нет.

Материалы для остеосинтеза оплачиваются в сумме, не превышающей 1000 у.е. Необходимость операции, с использованием материалов для остеосинтеза, подтверждается врачами Сервисной компании, при условии невозможности отложить данную операцию до возвращения на постоянное место проживания, без угрозы жизни и здоровью Застрахованного, и данная травма не явилась следствием хронического заболевания и/или имевшихся ранее травм.

Оплата услуг экстренной стоматологической помощи, в связи с возникновением у Застрахованного острой зубной боли или в связи с травмой, полученной им в результате несчастного случая, оплачиваются в сумме не превышающей 250 у.е.

Под экстренной стоматологической помощью понимаются расходы на осмотр, первую помощь при острой боли, назначение болеутоляющих медикаментов, рентген, закрытие полости зуба временной пломбой, удаление зуба при остром воспалении или травме и произведенных по медицинскому предписанию.

Страховщик имеет право отказать в покрытии рекомендованных лечащим врачом лечебных и диагностических процедур в случае, если, по мнению врача, назначенного Страховщиком, они не являются экстренными или могут быть заменены альтернативными лечебными и диагностическими процедурами. Врач-эксперт, назначенный Сервисной компанией и/или Страховщиком, должен иметь свободный доступ к Застрахованному и возможность ознакомиться с его историей болезни.

б). Медико-транспортные расходы, а именно:

- по эвакуации (транспортировке автомашиной «скорой помощи» или иным транспортным средством) с места происшествия в ближайшее медицинское учреждение или к находящемуся в непосредственной близости врачу в стране временного пребывания;

Транспортировка Застрахованного в ближайшее медицинское учреждение для оказания медицинской помощи (вид транспортировки: машина «скорой помощи» или иным видом транспорта), - в зависимости от состояния пациента определяется врачом Сервисной компании или врачом, проводившим первичный осмотр). Обратная транспортировка из медицинского учреждения не оплачивается.

- по экстренной медицинской репатриации адекватным транспортным средством, включая расходы на сопровождающее лицо (если такое сопровождение предписано врачом) из-за границы до аэропорта прибытия, указанного в ранее приобретенном обратном билете Застрахованного, или до

ближайшего медицинского учреждения в стране постоянного проживания, при условии отсутствия в стране временного пребывания возможностей для предоставления требуемой медицинской помощи. Экстренная медицинская репатриация осуществляется исключительно в случаях, когда ее необходимость подтверждается заключением врача Страховщика на основании документов от местного лечащего врача и при условии отсутствия медицинских противопоказаний. Расходы по экстренной медицинской репатриации покрываются в пределах 1000 у.е.

Репатриация тела (транспортировки урны с прахом) в случае смерти Застрахованного. Максимальный размер страхового возмещения составляет 15 000 у.е. (согласно валюте полиса). В случае смерти Застрахованного Страховщик и/или Сервисная компания организует репатриацию тела и оплатит согласованные и санкционированные Сервисной компанией или Страховщиком расходы по вскрытию и бальзамированию тела, пребыванию тела в морге, по приобретению гроба, требуемого для перевозки, оформлению необходимых для перевозки документов, перевозке тела в аэропорт прибытия, указанный в ранее приобретенном обратном билете Застрахованного.

в). Транспортные расходы, а именно:

-расходы застрахованного на проезд до места постоянного жительства, застрахованного в один конец экономическим классом, расходы на проезд до транспортного узла (аэропорта, вокзала) в стране временного пребывания, у которого есть прямое международное сообщение с населенным пунктом в стране постоянного жительства застрахованного. Указанные расходы возмещаются 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 сделать все от него зависящее, чтобы 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;

- расходы по проезду в один конец экономическим классом детей, находящихся при Застрахованном во время пребывания за границей, в страну их постоянного проживания в случае, если дети остались без присмотра в результате произошедшего с Застрахованным страхового случая;

г). Оплата расходов на визит третьего лица в чрезвычайной ситуации, если по заключению лечащего врача состояние здоровья Застрахованного критическое (оплата прямого и обратного билета в экономическом классе родственнику для посещения им Застрахованного). При этом расходы по пребыванию третьего лица за границей Страховщиком не покрываются.

д). Оплата расходов по юридической помощи в связи с возбуждением дела против лиц, по вине которых произошел несчастный случай с Застрахованным в размере, не превышающим 1 000 у.е.

е). Оплата расходов по административной помощи в размере, не превышающем 1 000 у.е., при этом:

- расходы на услуги переводчика, привлекаемого для целей установления диагноза Застрахованному, пребывающему в стационаре возмещаются в пределах эквивалента 100 (ста) у.е.;

- используя сеть своих представительств по всему миру, Сервисная компания обеспечит возможность передачи срочных сообщений и документов с возмещением расходов в пределах эквивалента 100 (ста) у.е. в случае госпитализации Застрахованного с угрозой жизни или смерти Застрахованного.

- возмещаются затраты на консульский сбор на продление визы в случае госпитализации и последующей транспортировки Застрахованного к месту постоянного проживания.

ж). Содействие в предоставлении юридической помощи в случае непреднамеренного нарушения закона Застрахованным или причинением ущерба здоровью или имуществу третьего лица в размере, не превышающем 1 000 у.е.

з). Помощь Застрахованному в случае признания его решением суда виновным в случайном причинении вреда третьему лицу, если суд обяжет Застрахованного выплатить возмещение пострадавшему за случайное нанесение ему травмы или случайный ущерб, причиненный его имуществу в размере, не превышающем 1 000 у.е. .

и). Расходы на телефонные переговоры со Страховщиком и/или обслуживающей сервисной компанией оплачиваются в сумме не превышающей 30 у.е.

Программа «В-Чайна/China»

При заключении договора страхования по программе «В-Чайна» страховая сумма на одного Застрахованного устанавливается независимо от способа пересечения границы (воздушным путем или через наземный контрольно-пропускной пункт) в размере 35 000 евро, но не менее суммы, эквивалентной 2 000 000 рублей по официальному курсу ЦБ РФ, установленному на дату заключения основного договора страхования.

В соответствии с программой страхования по риску «Медицинские и иные непредвиденные расходы» страховыми случаями признаются фактически произошедшие, непредвиденные и непреднамеренные для Застрахованного лица острые заболевания и несчастные случаи, а также иные события, повлекшие за собой:

а). Оказание медицинской помощи в экстренной и неотложной форме, включая вызов врача в экстренных ситуациях; хирургические и больничные услуги (оплата экстренной медицинской помощи, включая хирургические и больничные услуги, оказанные Застрахованному лицу по медицинским показаниям, необходимость которых появилась в связи с получением травмы, отравления, внезапного острого заболевания или обострения хронического заболевания в период срока страхования)

б). Оказание экстренной стоматологической помощи (оплата расходов Застрахованного на оказание ему экстренной стоматологической помощи при возникновении острой зубной боли во время поездки.)

в). Оплата медикаментов по рецепту врача (оплата стоимости медикаментов, приобретение которых было предписано врачом, осуществляющим лечение травмы, отравления, внезапного острого заболевания или обострения хронического заболевания, подпадающего под действие договора страхования)

г). Расходы по прокату костылей, инвалидных колясок, др. предметов медицинского оборудования и вспомогательных средств (компенсация расходов по прокату необходимых Застрахованному лицу костылей, инвалидных колясок, других предметов медицинского оборудования и вспомогательных средств, если данные услуги предоставляются по назначению лечащего врача.)

д). Медицинскую транспортировку (перевозка Застрахованного лица с места происшествия в одну из ближайших больниц; прямая эвакуация Застрахованного с необходимым медицинским сопровождением до ближайшего к постоянному месту жительства аэропорта/железнодорожного вокзала, с которым имеется прямое авиа/железнодорожное сообщение, если после проведенного лечения Застрахованное лицо не может возвратиться к месту постоянного места проживания как регулярный пассажир).

е). Перевозку останков в случае смерти (оплата и организация через Сервисную компанию в размере, не превышающем указанные лимиты на репатриацию тела, вскрытие, гроб, требуемый для перевозки, перевозку останков до аэропорта или железнодорожного вокзала, наиболее близкого к предполагаемому месту захоронения, с которым имеется прямое авиа/железнодорожное сообщение в случае смерти Застрахованного лица во время его пребывания за пределами его постоянного места жительства).

ж). Расходы по срочному визиту третьего лица в чрезвычайной ситуации (если Застрахованное лицо госпитализировано в связи с телесными повреждениями или болезнью и находится в госпитале более 10 дней, Страховщик оплатит по официальной просьбе Застрахованного лица прямой авиабилет в обе стороны в экономическом классе для любого лица, определенного Застрахованным лицом и проживающего с ним в месте регистрации или постоянного проживания)

з). Расходы по эвакуации детей, оставшихся без присмотра заболевшего взрослого (в случае, если дети Застрахованного лица, находящиеся на его иждивении и путешествующие вместе с ним, окажутся без присмотра в результате болезни или несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом, Страховщик оплатит, а Сервисная компания организует возвращение детей к месту их постоянного проживания экономическим классом)

и). При госпитализации застрахованного младше 12 лет, страховщик, в том числе, оплачивает расходы одного из сопровождающего его родителя на период госпитализации (если больница не предоставила ему жилье, то страховая компания оплатит его пребывание в гостинице). Страховщик несет расходы на проживание сопровождающего родителя в гостинице.

Не признаются страховыми случаями события, произошедшие с Застрахованными в результате:

- а). употребления алкогольных напитков, наркотических средств или иных психоактивных веществ;
- б). самоубийства, покушения на самоубийство, умышленного членовредительства или подвергания себя неоправданному риску (за исключением необходимой обороны или крайней необходимости);
- в). прямого или косвенного воздействия ядерного взрыва, ионизирующей радиации, радиоактивной зараженности;
- г). совершения или попытки совершения Застрахованным противоправного действия, находящегося в прямой причинно-следственной связи с наступлением страхового случая;
- д). путешествия, предпринятого с целью получения лечения;
- е). роды и любые осложнения, связанные с беременностью сроком более четырнадцати недель;
- ж). искусственное прерывание беременности и его осложнения за исключением вынужденного прерывания беременности, явившегося следствием несчастного случая;
- з). болезни, передающиеся половым путем;
- и). проявления и осложнения ВИЧ-инфекции, а также проявления и осложнения синдромов иммунодефицита другого происхождения;
- к). проявления и осложнения злокачественных новообразований, заболеваний крови и кроветворных органов, в том числе вовлекающих иммунный механизм;
- л). проявление и осложнение туберкулеза;

Также не признаются страховыми случаями события, произошедшие с Застрахованными при следующих обстоятельствах или в результате:

- а). занятий профессиональным спортом, в том числе участия Застрахованного лица в спортивных соревнованиях, турнирах и тренировочных сборах;
- б). занятий любительскими и экстремальными видами спорта, катания на горных лыжах, сноуборде, прыжков с парашютом, полетов на дельтаплане или парплане, пилотирования летательных аппаратов, скалолазания, альпинизма, дайвинга или других видов активного отдыха, способных, по мнению Страховщика, увеличить риск наступления страхового случая;
- в). осуществления Застрахованным лицом служебной, трудовой или иной деятельности (в том числе любой работы по найму), способной, по мнению Страховщика, увеличить риск наступления страхового случая.
- г). Не признаются страховыми случаями, и не возмещаются расходы по организации и перевозке останков в случае смерти Застрахованного лица, причиной которой явилось острое состояние, состоящее в причинно-следственной связи с обострением и/или осложнением любых хронических заболеваний, вне зависимости от того знал о них Застрахованный к моменту заключения договора страхования или нет.
- д). Не являются страховыми случаями и выплата страхового возмещения, а также оплата расходов не производится, если события произошли при обстоятельствах указанных в разделе 4 Правил страхования.

е). Не подлежат возмещению расходы, вызванные:

- заболеваниями, расстройствами здоровья или травмами, которые по медицинским показаниям не требовали экстренной квалифицированной медицинской помощи, не препятствовали продолжению поездки и пребыванию Застрахованного лица вне места постоянного проживания;
- хроническими заболеваниями, их обострениями, последствиями и осложнениями, не представляющими угрозу для жизни Застрахованного;

Дополнительные варианты страхования

Программа «С»

а). Услуги при поломке автотранспорта:

в случае неисправности личного автотранспорта Застрахованного, Сервисная компания организует доставку всех пассажиров к месту проживания и оплачивает все произведенные при этом расходы;

если к моменту возвращения на родину личный автотранспорт Застрахованного остается неисправным, сервисная компания оплачивает расходы Застрахованного по возвращению его в

страну постоянного проживания самолетом экономического класса (при этом оплачивается билет до аэропорта, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного, с которым есть прямое международное сообщение);

при необходимости ремонта личного автотранспорта Застрахованного, Сервисная компания может оплатить расходы Застрахованного в размере стоимости ремонтных работ и расходы по вызову ремонтной бригады, необходимость которых возникает в результате аварии, поломки, возгорания или кражи при том условии, что есть основания считать, что оказание такой помощи сделает автомобиль способным к самостоятельному передвижению. Лимит компенсации в пределах 100 у.е. по каждому случаю, но не более 2-х случаев за поездку;

при необходимости буксировки и хранения Сервисная компания может оплатить расходы Застрахованного, включающие стоимость доставки автомобиля Застрахованного к ближайшей ремонтной мастерской или месту безопасного хранения, ближайшего к месту аварии, поломки, возгорания в пределах 150 у.е. по каждому случаю, но не более 2-х случаев за поездку.

Утрата багажа «D»

Оплата расходов в пределах установленной страховой суммы в случаях:

а). уничтожения или частичного повреждения багажа при дорожно-транспортном происшествии, стихийном бедствии или несчастном случае с Застрахованным;

б). в случае кражи со взломом, грабежа, разбойного нападения, преднамеренной порчи багажа третьими лицами;

в). пропажи багажа по вине транспортной компании- перевозчика.

Под багажом подразумеваются личные вещи Застрахованного, перевозимые им в виде упакованного груза поездом, самолетом, морским или речным судном и т.д., как сданные в багаж транспортной организации, так и ручная кладь. Багажом считаются также еще и вещи, приобретенные Застрахованным во время поездки для личного пользования. Багаж может быть сопровождаемым, то есть следующим вместе с его отправителем, или несопровождаемым, следующим отдельно от него.

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

Несостоявшаяся поездка «E»

Договор страхования расходов, связанных с отменой поездки, вступает в силу со дня, следующего за днем заключения договора страхования, и прекращает действие после прохождения Застрахованным пограничного контроля при отъезде за границу.

Договор страхования заключается не позднее, чем за 61 дней до начала действия путевки.

Страховым случаем является невозможность Страхователя (Застрахованного) совершить туристическую поездку за границу РФ, имевшую место в период действия договора страхования и подтвержденную документами, выданными компетентными органами в случае:

а). Вынужденный отказ от поездки в случае:

- смерти Страхователя (Застрахованного) или его близкого родственника;

- травмы Страхователя (Застрахованного), полученной в результате несчастного случая;

- острого заболевания Страхователя (Застрахованного) или близкого родственника, полученного не ранее, чем за 15 дней до даты выезда, указанного в туристической путевке и при условии экстренной госпитализации в стационар.

Под острым заболеванием в рамках настоящих Правил признается внезапное расстройство здоровья (нарушение жизнедеятельности организма), возникшее под влиянием болезнетворных и/или чрезвычайных (для данного организма) раздражителей внешней и/или внутренней среды, которое проявляется изменением структуры и функций организма и требует неотложной/экстренной медицинской помощи;

- судебное разбирательство, в котором Застрахованный участвует в качестве потерпевшего, по решению суда, приходящееся на период зарубежной поездки;

- выдача Застрахованному государственными учреждениями неверно оформленных документов;

- воспрепятствование выезду Застрахованного правоохранительными органами (ФСБ, МВД, ГТК, органы прокуратуры, налоговая полиция/инспекция, пограничная служба и другие органы,

имеющие право к задержанию), не связанному с совершением им противоправных действий или нарушением Застрахованным действующего законодательства (в том числе по причине наличия задолженности по имущественным обязательствам;

- причинение значительного материального ущерба личному имуществу Застрахованного в результате стихийного бедствия, пожара, аварии или противоправных действий третьих лиц, в результате чего поездка становится невозможной в связи с необходимостью урегулирования Застрахованным последствий происшедшего события, при условии, что расследование и устранение последствий, производятся в период действия Договора страхования и требуют обязательного присутствия Застрахованного.

Необходимость присутствия Застрахованного должны быть подтверждена актом, письмом или иным официальным документом организации, осуществляющей расследование и устранение последствий повреждений;

- необходимости исполнения Застрахованным конституционных и иных обязанностей, предусмотренных законами Российской Федерации;

- неправомерного ареста, задержания или снятия с транспортного средства Застрахованного органами внутренних дел, таможенными органами или паспортной службой;

- отказа/задержки в выдаче Застрахованному въездной визы при своевременной подаче на оформление всех надлежащим образом оформленных и нефальсифицированных документов, требуемых консульским отделом посольства страны временного пребывания;

- призыва Страхователя (Застрахованного) на военные сборы.

б). Опоздание к транспортному средству в случае:

- если транспортное средство, на котором Застрахованный добирался к месту отправки, попало в дорожно - транспортное происшествие;

- если общественный транспорт, на котором нужно было добираться до места отправки, был задержан из-за дорожно-транспортного происшествия.

2. При наступлении страховых случаев, предусмотренных настоящими Правилами, Страховщик и /или Сервисная компания обеспечивает оказание Застрахованным следующих услуг:

12.1.1. Программа «А Стандарт/Standart»

а). Амбулаторная помощь. По одному амбулаторному случаю, при наличии медицинских показаний, Страховщик оплачивает первичное обращение к врачу.

б). Дневной стационар. При пребывании в дневном стационаре Застрахованного лица оплачиваются расходы, связанные с предоставлением минимума услуг и лечением до купирования острого состояния, при условии, что нахождение в дневном стационаре согласовано с Сервисной компанией или Страховщиком. При заключении договора страхования по программе «А стандарт» медицинские расходы при лечении в дневном стационаре оплачиваются в сумме, не превышающей 2000 у.е.

в). Госпитализация. При госпитализации Застрахованного лица, оплачиваются расходы, связанные с предоставлением минимума услуг и лечением до купирования острого состояния, при условии, что Застрахованному необходима неотложная медицинская помощь в связи с развитием угрожающего жизни состояния. При заключении договора страхования по программе «А стандарт» медицинские расходы при стационарном лечении оплачиваются в сумме, не превышающей 3000 у.е., при условии, что госпитализация Застрахованного согласована с Сервисной компанией или Страховщиком.

г). При наличии угрозы жизни Застрахованному, вызванной хроническим заболеванием, его обострением, осложнением или последствиями, а равно инфарктом миокарда, ишемической (атеросклеротической) болезнью сердца, острым нарушением мозгового кровообращения, возмещаются расходы на экстренную помощь, в сумме не превышающей 500 у.е, вне зависимости от того знал о них Застрахованный к моменту заключения договора страхования или нет.

д). Страховщик имеет право отказать в покрытии рекомендованных лечащим врачом лечебных и диагностических процедур в случае, если, по мнению врача, назначенного Страховщиком, они не являются экстренными или могут быть заменены альтернативными лечебными и диагностическими процедурами. Врач-эксперт, назначенный Сервисной компанией и/или Страховщиком, должен иметь свободный доступ к Застрахованному и возможность ознакомиться с его историей болезни. Физиотерапия и восстановительное лечение не покрывается.

е). Для Застрахованных по программе «А стандарт» устанавливается безусловная франшиза в размере 100 у.е. от суммы расходов по каждому страховому случаю.

Безусловная франшиза — это часть убытка, не подлежащая возмещению страховщиком и вычитаемая при расчёте страхового возмещения, подлежащего выплате страхователю, из общей суммы возмещения.

ж). Расходы по транспортировке. Транспортировка Застрахованного в ближайшее медицинское учреждение для оказания медицинской помощи (вид транспортировки: машина «скорой помощи»), - в зависимости от состояния пациента определяется врачом Сервисной компании или врачом, проводившим первичный осмотр). Обратная транспортировка из медицинского учреждения не оплачивается,

з). Репатриация тела в случае смерти Застрахованного. Максимальный размер страхового возмещения составляет 5 000 у.е. (согласно валюте полиса). В случае смерти Застрахованного Страховщик и/или Сервисная компания организует репатриацию тела и оплатит согласованные и санкционированные Сервисной компанией или Страховщиком расходы по вскрытию и бальзамированию тела, пребыванию тела в морге, по приобретению гроба, требуемого для перевозки, оформлению необходимых для перевозки документов, перевозке тела в аэропорт прибытия, указанный в ранее приобретенном обратном билете Застрахованного.

12.1.2. Программа «А комфорт/Comfort»

а). Амбулаторная помощь. При этом по одному амбулаторному случаю, при наличии медицинских показаний, Страховщик, оплачивает 2-ое обращение к врачу, включая перевязки, внутривенные и внутримышечные инъекции, только при предоставлении документов медицинского учреждения о первичном приеме и назначении повторного приема, или отсутствия в медицинском учреждении профильного специалиста;

б). Дневной стационар. При пребывании в дневном стационаре Застрахованного лица оплачиваются расходы, связанные с предоставлением минимума услуг и лечением до купирования острого состояния, при условии, что нахождение в дневном стационаре согласовано с Сервисной компанией или Страховщиком. При заключении договора страхования по программе «А комфорт» медицинские расходы при лечении в дневном стационаре оплачиваются в сумме, не превышающей 3000 у.е.

в). Госпитализация. При подозрении на наличие у Застрахованного лица какого-либо заболевания или состояния, оплачиваются расходы, связанные с предоставлением минимума услуг и лечением до купирования острого состояния, при условии, что Застрахованному необходима неотложная медицинская помощь в связи с развитием угрожающего жизни состояния. При заключении договора страхования по программе «А комфорт» медицинские расходы при стационарном лечении оплачиваются в сумме, не превышающей 10000 у.е., при условии, что госпитализация Застрахованного согласована с Сервисной компанией или Страховщиком.

г). При наличии угрозы жизни Застрахованному, вызванной хроническим заболеванием, его обострением, осложнением или последствиями, а равно инфарктом миокарда, ишемической (атеросклеротической) болезнью сердца, острым нарушением мозгового кровообращения, возмещаются расходы на экстренную помощь по одному обращению на весь период пребывания за границей, в сумме не превышающей 1000 у.е., вне зависимости от того знал о них Застрахованный к моменту заключения договора страхования или нет.

д). Оплата расходов материалов для остеосинтеза, при этом расходы оплачиваются в сумме, не превышающей 500 у.е. Необходимость операции с использованием материалов для остеосинтеза подтверждается врачами Сервисной компании, при условии невозможности отложить данную операцию до возвращения на постоянное место проживания, без угрозы жизни и здоровью Застрахованного, и данная травма не явилась следствием хронического заболевания и/или имевшихся ранее травм.

е). Оплата услуг экстренной стоматологической помощи, в связи с возникновением у Застрахованного острой зубной боли или в связи с травмой, полученной им в результате несчастного случая, оплачиваются в сумме не превышающей 150 у.е.

Под экстренной стоматологической помощью понимаются расходы на осмотр, первую помощь при острой боли, назначение болеутоляющих медикаментов, рентген, закрытие полости зуба

временной пломбой, удаление зуба при остром воспалении или травме и произведенных по медицинскому предписанию.

ж). Страховщик имеет право отказать в покрытии рекомендованных лечащим врачом лечебных и диагностических процедур в случае, если, по мнению врача, назначенного Страховщиком, они не являются экстренными или могут быть заменены альтернативными лечебными и диагностическими процедурами. Врач-эксперт, назначенный Сервисной компанией и/или Страховщиком, должен иметь свободный доступ к Застрахованному и возможность ознакомиться с его историей болезни. Физиотерапия и восстановительное лечение не покрывается.

з). Расходы по транспортировке. Транспортировка Застрахованного в ближайшее медицинское учреждение для оказания медицинской помощи (вид транспортировки: машина «скорой помощи»), - в зависимости от состояния пациента определяется врачом Сервисной компании или врачом, проводившим первичный осмотр). Обратная транспортировка из медицинского учреждения не оплачивается,

и). Репатриация тела в случае смерти Застрахованного. Максимальный размер страхового возмещения составляет 10 000 у.е. (согласно валюте полиса). В случае смерти Застрахованного Страховщик и/или Сервисная компания организует репатриацию тела и оплатит согласованные и санкционированные Сервисной компанией или Страховщиком расходы по вскрытию и бальзамированию тела, пребыванию тела в морге, по приобретению гроба, требуемого для перевозки, оформлению необходимых для перевозки документов, перевозке тела в аэропорт прибытия, указанный в ранее приобретенном обратном билете Застрахованного.

к). Расходы на телефонные переговоры со Страховщиком и/или обслуживающей сервисной компанией оплачиваются в сумме не превышающей 30 у.е.

12.1.3. Программа «В премиум/Premium»

а). Амбулаторная помощь (оказание экстренной помощи, назначенные врачом необходимые лечебные и диагностические процедуры, которые должны быть проведены на территории страхования, медикаменты, перевязочные материалы, средства фиксации, аренда костылей или кресла каталки, но не более 15 у.е. в сутки в течение 7 дней). При этом по одному амбулаторному случаю, при наличии медицинских показаний, Страховщик оплачивает не более 3 (трех) обращений к врачу, включая перевязки, внутривенные и внутримышечные инъекции, только при предоставлении документов медицинского учреждения о первичном приеме и назначении повторного приема, или отсутствия в медицинском учреждении профильного специалиста;

б). Дневной стационар. При пребывании в дневном стационаре Застрахованного лица оплачиваются расходы, связанные с предоставлением минимума услуг и лечением до купирования острого состояния, при условии, что нахождение в дневном стационаре согласовано с Сервисной компанией или Страховщиком.

в). Госпитализация. При подозрении на наличие у Застрахованного лица какого-либо заболевания или состояния, при условии, что Застрахованному необходима неотложная медицинская помощь в связи с развитием угрожающего жизни состояния, оплачиваются расходы в пределах лимита договора страхования, при условии, что госпитализация Застрахованного согласована с Сервисной компанией или Страховщиком.

г). При наличии угрозы жизни Застрахованному, вызванной хроническим заболеванием, его обострением, осложнением или последствиями, а равно инфарктом миокарда, ишемической (атеросклеротической) болезнью сердца, острым нарушением мозгового кровообращения, возмещаются расходы на экстренную помощь, в сумме не превышающей 3000 у.е., вне зависимости от того знал о них Застрахованный к моменту заключения договора страхования или нет.

д). Оплата расходов материалов для остеосинтеза, при этом расходы оплачиваются в сумме, не превышающей 1000 у.е. Необходимость операции с использованием материалов для остеосинтеза подтверждается врачами Сервисной компании, при условии невозможности отложить данную операцию до возвращения на постоянное место проживания, без угрозы жизни и здоровью Застрахованного, и данная травма не явилась следствием хронического заболевания и/или имевшихся ранее травм.

е). Оплата услуг экстренной стоматологической помощи, в связи с возникновением у Застрахованного острой зубной боли или в связи с травмой, полученной им в результате несчастного случая, оплачиваются в сумме не превышающей 250 у.е.

Под экстренной стоматологической помощью понимаются расходы на осмотр, первую помощь при острой боли, назначение болеутоляющих медикаментов, рентген, закрытие полости зуба временной пломбой, удаление зуба при остром воспалении или травме и произведенных по медицинскому предписанию.

ж). Страховщик имеет право отказать в покрытии рекомендованных лечащим врачом лечебных и диагностических процедур в случае, если, по мнению врача, назначенного Страховщиком, они не являются экстренными или могут быть заменены альтернативными лечебными и диагностическими процедурами. Врач-эксперт, назначенный Сервисной компанией и/или Страховщиком, должен иметь свободный доступ к Застрахованному и возможность ознакомиться с его историей болезни.

з). Расходы по транспортировке. Транспортировка Застрахованного в ближайшее медицинское учреждение для оказания медицинской помощи (вид транспортировки: машина «скорой помощи» или иным видом транспорта), - в зависимости от состояния пациента определяется врачом Сервисной компании или врачом, проводившим первичный осмотр). Обратная транспортировка из медицинского учреждения не оплачивается,

и). Репатриация тела в случае смерти Застрахованного. Максимальный размер страхового возмещения составляет 15 000 у.е. (согласно валюте полиса). В случае смерти Застрахованного Страховщик и/или Сервисная компания организует репатриацию тела и оплатит согласованные и санкционированные Сервисной компанией или Страховщиком расходы по вскрытию и бальзамированию тела, пребыванию тела в морге, по приобретению гроба, требуемого для перевозки, оформлению необходимых для перевозки документов, перевозке тела в аэропорт прибытия, указанный в ранее приобретенном обратном билете Застрахованного.

к) Транспортные расходы, а именно:

- расходы застрахованного на проезд до места постоянного жительства, застрахованного в один конец экономическим классом, расходы на проезд до транспортного узла (аэропорта, вокзала) в стране временного пребывания, у которого есть прямое международное сообщение с населенным пунктом в стране постоянного жительства застрахованного. Указанные расходы возмещаются 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 сделать все от него зависящее, чтобы 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;

- расходы по проезду в один конец экономическим классом детей, находящихся при Застрахованном во время пребывания за границей, в страну их постоянного проживания в случае, если дети остались без присмотра в результате произошедшего с Застрахованным страхового случая;

л). Оплата расходов на визит третьего лица в чрезвычайной ситуации, если по заключению лечащего врача состояние здоровья Застрахованного критическое (оплата прямого и обратного билета в экономическом классе родственнику для посещения им Застрахованного). При этом расходы по пребыванию третьего лица за границей Страховщиком не покрываются.

м). Оплата расходов по юридической помощи в связи с возбуждением дела против лиц, по вине которых произошел несчастный случай с Застрахованным в размере, не превышающим 1 000 у.е.

н). Оплата расходов по административной помощи в размере, не превышающем 1 000 у.е., при этом:

- расходы на услуги переводчика, привлекаемого для целей установления диагноза Застрахованному, пребывающему в стационаре возмещаются в пределах эквивалента 100 (ста) у.е.;

- используя сеть своих представительств по всему миру, Сервисная компания обеспечит возможность передачи срочных сообщений и документов с возмещением расходов в пределах эквивалента 100 (ста) у.е. в случае госпитализации Застрахованного с угрозой жизни или смерти Застрахованного.

- возмещаются затраты на консульский сбор на продление визы в случае госпитализации и последующей транспортировки Застрахованного к месту постоянного проживания.

о). Содействие в предоставлении юридической помощи в случае непреднамеренного нарушения закона Застрахованным или причинением ущерба здоровью или имуществу третьего лица в размере, не превышающем 1 000 у.е.

п). Помощь Застрахованному в случае признания его решением суда виновным в случайном причинении вреда третьему лицу, если суд обяжет Застрахованного выплатить возмещение пострадавшему за случайное нанесение ему травмы или случайный ущерб, причиненный его имуществу в размере, не превышающем 1 000 у.е.

р). Расходы на телефонные переговоры со Страховщиком и/или обслуживающей сервисной компанией оплачиваются в сумме не превышающей 30 у.е.

12.1.4. Программа «В-Чайна/China»

а). Оплата экстренной медицинской помощи, включая хирургические и больничные услуги, оказанные Застрахованному лицу по медицинским показаниям, необходимость которых появилась в связи с получением травмы, отравления, внезапного острого заболевания или обострения хронического заболевания в период срока страхования.

Оплачиваются расходы в пределах страховой суммы, за исключением расходов связанных с обострением хронического заболевания. В случае обострения хронического заболевания лимит ответственности составляет 1 000 у.е.

б). Оплата расходов Застрахованного на оказание ему экстренной стоматологической помощи при возникновении острой зубной боли во время поездки, оплачивается в сумме не превышающей 200 у.е.

в). Оплата стоимости медикаментов, приобретение которых было предписано врачом, осуществляющим лечение травмы, отравления, внезапного острого заболевания или обострения хронического заболевания, подпадающего под действие договора страхования.

Оплачиваются расходы в пределах страховой суммы, за исключением расходов связанных с обострением хронического заболевания. В случае обострения хронического заболевания лимит ответственности составляет 1 000 у.е.

г). Компенсация расходов по прокату необходимых Застрахованному лицу костылей, инвалидных колясок, других предметов медицинского оборудования и вспомогательных средств, если данные услуги предоставляются по назначению лечащего врача. Оплачиваются расходы в пределах страховой суммы.

д). Перевозка Застрахованного лица с места происшествия в одну из ближайших больниц; Прямая эвакуация Застрахованного с необходимым медицинским сопровождением до ближайшего к постоянному месту жительства аэропорта/железнодорожного вокзала, с которым имеется прямое авиа/железнодорожное сообщение, если после проведенного лечения Застрахованное лицо не может возвратиться к месту постоянного места проживания как регулярный пассажир. Оплачиваются расходы в пределах страховой суммы.

е). Оплата и организация через Сервисную компанию в размере, не превышающем указанные лимиты, репатриацию тела (транспортировки урны с прахом), вскрытие, гроб, требуемый для перевозки, и перевозку останков до аэропорта/ ж/д вокзала, наиболее близкого к предполагаемому месту захоронения, с которым имеется прямое авиа / железнодорожное сообщение в случае смерти Застрахованного лица во время его пребывания за пределами его постоянного места жительства. Оплачиваются расходы в пределах страховой суммы.

Не оплачиваются расходы по организации и перевозке останков в случае смерти Застрахованного лица, причиной которой явилось острое состояние, состоящее в причинно-следственной связи с обострением и/или осложнением любых хронических заболеваний, вне зависимости от того знал о них Застрахованный к моменту заключения договора страхования или нет.

ж). Если Застрахованное лицо госпитализировано в связи с телесными повреждениями или болезнью и находится в госпитале более 10 дней, Страховщик оплатит, по официальной просьбе Застрахованного лица, прямой и обратный авиабилет в экономическом классе для любого лица, определенного Застрахованным лицом и проживающего с ним в месте регистрации или постоянного проживания. Лимит ответственности составляет 2 000 у.е.

з). В случае, если дети Застрахованного лица, находящиеся на его иждивении и путешествующие вместе с ним, окажутся без присмотра в результате болезни или несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом, Страховщик оплатит, а Сервисная компания организует возвращение детей к месту их постоянного проживания экономическим классом) Оплачиваются расходы в пределах страховой суммы

и). При госпитализации застрахованного младше 12 лет, страховщик, в том числе, оплачивает расходы одного из сопровождающего его родителя на период госпитализации (если больница не предоставила ему жилье, то страховая компания оплатит его пребывание в гостинице). Страховщик несет расходы на проживание сопровождающего родителя в гостинице не более 5 суток и не более 70 у.е. за каждые сутки

12.1.5. По риску отказа от поездки страховое возмещение устанавливается условиями договора страхования и определяется исходя из разницы между фактически понесенными расходами Застрахованного по приобретению путевки или проездных документов и возвращенной суммой за эту путевку или проездные документы, в пределах страховой суммы.

4. Не являются страховыми случаями и выплата страхового возмещения, а также оплата расходов не производится, если события произошли при обстоятельствах, указанных в разделе 4 Правил страхования, с которыми Страхователь ознакомлен и получил.

5. При наступлении страхового случая для получения услуг, определенных Программой страхования, Застрахованный или любое доверенное лицо, действующее в его интересах, должны обратиться в круглосуточную диспетчерскую службу _____ на территории любой страны по телефону : _____ и указать полностью свои фамилию, имя, номер и срок действия своего полиса;

образец

Дальневосточное железнодорожное акционерное
страховое общество «ДальЖАСО»

Д О Г О В О Р № _____
страхования от несчастных случаев и внезапных заболеваний
граждан, выезжающих за границу

“ _____ ” _____ 20__ г.

Дата начала договора “ _____ ” _____ 20__ г.

Дата окончания договора “ _____ ” _____ 20__ г.

Дальневосточное железнодорожное акционерное страховое общество “ДальЖАСО”, именуемое в дальнейшем “Страховщик”, в лице _____, действующего на основании Устава, с одной стороны, и _____ в дальнейшем “Страхователь”, в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1. Страховщик принимает на себя оплату страховых услуг, оказываемых гражданам, включенным в предоставленные страхователем списки на условиях, предусмотренных «Правилами страхования от несчастных случаев и заболеваний граждан, выезжающих за границу»

2. Объем услуг, оказываемых застрахованным, определяется соответствующими страховыми программами «А стандарт», «А комфорт», «В премиум», «С», «Д», «Е», согласно «Правилам страхования от несчастных случаев и внезапных заболеваний граждан, выезжающих за границу».

3. Страхование производится по списку, представленному Страхователем и являющемуся неотъемлемой частью договора.

4. Страховщик выдает каждому застрахованному (непосредственно или через страхователя) в течение _____ дней после заключения договора страховой полис установленного образца, в котором указывается срок действия полиса, страховая программа и лимит страхового покрытия.

5. Общая численность застрахованных на момент заключения договора составляет _____ чел., в том числе _____ чел. по программе «А стандарт», _____, по по программе «А комфорт», _____ программе В _____, С _____, Д _____, Е _____ чел., .

Все изменения в списках застрахованных Страхователь согласовывает со страховщиком в течение _____ дней с последующим переоформлением полисов.

2. Размер, сроки и порядок внесения страховой премии

1. Размер страховой премии за каждого застрахованного составляет: по программе «А стандарт» _____ руб., по программе «А комфорт» _____ руб. программе В _____ руб., по программе С _____ руб., по программе Д _____ руб., по программе Е _____ руб.

2. Страховая премия уплачивается страхователем за _____ дней до начала соответствующей поездки.

3. Договор вступает в действие не ранее 24 часов дня поступления денег на расчетный счет или в кассу страховщика.

3. Ответственность сторон

1. Страхователь обязуется перечислить страховую премию на счет страховщика в течение ____ дней с даты подписания договора .

По истечении ____ дней просрочки после неуплаты страховой премии страховщик вправе приостановить действие договора в одностороннем порядке, уведомив об этом страхователя.

После уплаты страхователем задолженности по взносам действие договора возобновляется.

2. Страховщик обязуется производить страховые выплаты в течение 10 дней после предоставления застрахованным всех необходимых документов по страховому случаю, подтверждающих размеры и обоснованность расходов, понесенных лично застрахованным в связи со страховым случаем.

Договор продлевается на срок с _____ по _____ , если ни одна из сторон не заявит о его прекращении не позднее, чем за _____ до окончания срока договора.

4. Особые условия

Приложения:

а) Правила страхования от несчастных случаев и внезапных заболеваний граждан, выезжающих за границу.

б) Список застрахованных лиц

Споры, связанные со страхованием, разрешаются арбитражным или третейским судом.

5. Реквизиты сторон

Страховщик:

Страхователь:

