

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

(для Общественной организации - Российский профессиональный союз железнодорожников и транспортных строителей (РОСПРОФЖЕЛ) и ее членов)

Глава I

Общие положения

Настоящие Правила добровольного страхования от несчастных случаев и болезней, а также имущественных интересов граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства (далее по тексту — Правила страхования) разработаны в соответствии с требованиями законодательных, иных правовых нормативных актов Российской Федерации для заключения договоров страхования с Общественной организацией — Российского профессионального союза железнодорожников и транспортных строителей (РОСПРОФЖЕЛ) и ее членами.

1. Термины и определения

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

1.2. **Амбулаторный медицинский центр** — медицинское учреждение, имеющее лицензию и обеспечивающее амбулаторное, хирургическое лечение и уход.

1.3. **Больница** — медицинское учреждение, которое:

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

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

1.4. **Болезнь (заболевание)** — установленный медицинским учреждением диагноз на основании определения существа и особенностей отклонения состояния здоровья Застрахованного лица от нормального, после проведения его всестороннего исследования, впервые диагностированный врачом после вступления договора страхования в силу, либо обострение в период действия договора страхования хронического заболевания, заявленного Страхователем (Застрахованным лицом) в Заявлении на страхование и принятого Страховщиком на страхование.

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

1.6. **Временная утрата трудоспособности** — состояние утраты способности к труду Застрахованным лицом в результате несчастного случая на протяжении определенного ограниченного периода времени, сопровождающееся освобождением Застрахованного лица медицинским учреждением от работы на срок, необходимый для проведения лечения и восстановления работоспособности.

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

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

1.8. **Госпитализация при осуществлении Поездки** — помещение Застрахованного лица для проведения лечения в круглосуточный стационар медицинского учреждения, имеющего все необходимые разрешения и лицензии. При этом госпитализацией не признается:

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

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

1.10. **Документ, удостоверяющий личность** — документ, позволяющий идентифицировать Страхователя (Застрахованное лицо, Выгодоприобретателя) в соответствии с требованиями нормативных актов и законов РФ — ст. 7 Федерального закона от 07.08.2001 N 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» (с изм. и доп.); Постановление Правительства РФ от 08.07.1997 N 828 «Об утверждении Положения о паспорте гражданина Российской Федерации, образца бланка и описания паспорта гражданина Российской Федерации»; Постановление Правительства РФ от 06.08.2015 N 813 «Об утверждении Положения о государственной системе миграционного и регистрационного учета, а также изготовления, оформления и контроля обращения документов, удостоверяющих личность». Основным документом, удостоверяющим личность для граждан РФ, является паспорт гражданина РФ.

1.11. **Застрахованное лицо** — физическое лицо в возрасте от 0 (ноль) лет, чьи имущественные интересы, связанные с жизнью, здоровьем и трудоспособностью, застрахованы по договору страхования. Застрахованными лицами по договору страхования могут выступать Страхователь (члены РОСПРОФЖЕЛ) и/или родственники Страхователя.

1.12. **Застрахованная Поездка (далее — Поездка)** — поездка, подтвержденная именными транспортными документами (авиа-, ж/д-билеты, билеты на водный транспорт), документами на проживание в Поездке. В случае Поездки Застрахованного лица без именных транспортных документов, документов на проживание, страховое покрытие начинает действовать на расстоянии 200 (двухсот) километров и более от административной границы постоянного места жительства и/или места регистрации Застрахованного лица в РФ.

Перемещение Застрахованного лица с целью смены места жительства или исполнения им трудовых обязательств не является Поездкой и не входит в страховое покрытие.

Выезжающие за пределы места постоянного проживания граждане, имеющие вид на жительство и/или двойное гражданство в стране предполагаемого пребывания, не могут быть застрахованы на условиях настоящих Правил страхования.

1.13. **Иностранцы граждане** и/или лица без гражданства, въезжающие на территорию Российской Федерации или осуществляющие Поездку по территории Российской Федерации, не могут быть застрахованы на условиях настоящих Правил страхования.

1.14. **Интернет-сайт** — официальный сайт Страховщика.

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

1.16. **Медицинские расходы** — означают расходы по лечению, проводимому или предписанному квалифицированным врачом.

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

1.18. **Надлежащее уведомление** — уведомление сторон договора одним или несколькими способами, предусмотренными Договором страхования и настоящими Правилами страхования:

1.18.1. посредством личного вручения уведомления под роспись при обращении Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) в офис Страховщика (представителя Страховщика) или с использованием курьерских служб;

1.18.2. посредством направления письменного уведомления (заявления, документов) через ФГУП «Почта России»:

— при уведомлении Страховщика — на официальный адрес местонахождения Страховщика или на адрес, указанный Страховщиком в Договоре страхования или на адрес для отправки корреспонденции, указанный на Сайте Страховщика;

— при уведомлении Страхователя — на адрес, указанный Страхователем (Застрахованным лицом) при заключении Договора страхования или в заявлении о страховом событии;

1.18.3. направления уведомлений на электронную почту Страховщика либо Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), в зависимости от того, что применимо;

ВАЖНО! Данная обязанность считается исполненной при получении уведомления (обратной связи), подтверждающим прочтение сообщения Страхователем или Страховщиком, в зависимости от того, что применимо.

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

1.18.5. срочные сообщения — уведомление на контактный номер телефона (Страхователя и Страховщика).

1.18.6. при обращении по телефонной связи (в т.ч. факс) на контактные номера сторон, указанные в договоре страхования и/или заявлении о событии. Страховщик устанавливает способы надлежащего уведомления в договоре страхования (страховом полисе).

При предоставлении документов/сообщений в порядке, определенном пп. 1.18.3–1.18.4. настоящего пункта, по запросу Страховщика Страхователь обязан предоставить оригиналы всех необходимых документов.

1.19. **Критическое заболевание** — заболевание и/или операция, установленное Застрахованному лицу врачом, имеющим необходимую квалификацию, в виде заключительного диагноза одного из заболеваний или проведение ему одной из хирургических операций в соответствии с Перечнем критических заболеваний (Приложение 1).

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

1.21. **Несчастный случай** — фактически произошедшее, внезапное, непредвиденное событие, являющееся результатом воздействия внешних причин, вследствие которого наступило расстройство здоровья Застрахованного лица, приведшее к временной или постоянной утрате трудоспособности, или к его смерти.

К несчастным случаям относится воздействие следующих внешних факторов: стихийное явление природы; взрыв; ожог; обморожение; утопление; поражение электрическим током; удар молнии; солнечный удар; нападение злоумышленников; нападение животных, в том числе змей, а также укусы насекомых; приведшие к возникновению анафилактического шока либо заболеваниям; укусы животных, развитие заболеваний вследствие укуса клеща (клещевой энцефалит, энцефаломиелит, боррелиоз), заболевание полиомиелитом, гематогенным остеомиелитом, бешенством или столбняком вследствие укуса или ранения; падение какого-либо предмета или самого Застрахованного лица; внезапное удушье; случайное попадание в дыхательные пути инородного тела; случайное острое отравление ядовитыми растениями, ядовитыми выделениями животных, химическими веществами (промышленными и бытовыми), лекарственными препаратами; травмы, полученные при движении средств транспорта или при их крушении, при эксплуатации и использовании

машин, механизмов, оружия и инструментов иного рода; патологические роды или внематочная беременность (только непредвиденная, внеплатовая, экстренная полостная операция, приведшая к удалению органов матки, обеих или единственной трубы, яичников); террористический акт, последствия террористического акта; причинение вреда Застрахованному лицу при взятии и нахождении в качестве заложника, а также при его освобождении представителями правоохранительных органов; иные случаи, обладающие признаками вероятности и случайности, приведшие к причинению вреда жизни и здоровью Застрахованных лиц.

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

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

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

Период ожидания указывается в договоре страхования (страховом полисе).

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

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

1.24. **Период страхования поездки** — продолжительность Поездки (количество дней), на время которой распространяется страховое покрытие (ответственность Страховщика) по рискам страхования имущественных интересов граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства. Договором страхования (страховым полисом) может быть предусмотрено ограничение срока действия страхового полиса внутри указанного периода (количества дней), которое отражается в страховом полисе в отдельной графе. При этом ответственность Страховщика ограничивается этим сроком (количеством дней).

1.25. **Плановая госпитализация при несчастном случае** — госпитализация, проводимая по направлению лечащего врача, позволяющая подготовиться к ней как пациенту, так и медицинскому учреждению.

1.26. **Постоянная утрата трудоспособности** с установлением инвалидности — ограничение жизнедеятельности, обусловленное стойким расстройством функций организма в результате несчастного случая.

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

1.28. **Противоправные действия** — это правонарушение, т.е. действие (бездействие) физического лица, за которое установлена административная ответственность.

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

1.30. **Постоянное место жительства** — место, в пределах административной границы населенного пункта, где гражданин постоянно проживает или имеет постоянную регистрацию.

1.31. **Расходы** — затраты Застрахованного лица или произведенные в пользу Застрахованного лица, подтвержденные документами, оформленными в соответствии с законодательством, связанные оплатой услуг, оказываемых третьими лицами (медицинскими учреждениями, туристскими агентствами/операторами) при наступлении событий, определенных настоящими Правилами страхования как страховым случаем.

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

1.33. **Родственник** — лицо, находящееся в официальном браке со Страхователем (супруг, супруга), или ребенок, находящийся в родственной связи с супругом (супругой) Страхователя, включая усыновленных (в том числе, находящихся под опекой или попечительством), Страхователем или его супругом (супругой) детей, родители Страхователя, родные бабушки, дедушки, внуки, братья, сестры.

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

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

1.34. **Ребенок (Дети)** — **Застрахованное Лицо** — физическое лицо в возрасте от 0 до 23 лет включительно.

1.35. **Сервисная компания** — специализированная организация, указанная в договоре страхования (страховом полисе) Застрахованного лица, которая по поручению Страховщика круглосуточно обеспечивает организацию или оказывает содействие в получении услуг, предусмотренных настоящими Правилами страхования.

1.36. **Случайное острое отравление** — резко развивающиеся болезненные изменения и сопутствующие им защитные реакции организма, вызванные одномоментным или кратковременным поступлением в организм из внешней среды химического вещества (в т.ч. биологического происхождения), обладающего токсическими (отравляющими) свойствами (ядовитого вещества). К ядовитым веществам относятся химические вещества, которые при введении в живой организм вызывают те или иные нарушения его функций или органические изменения, приводящие к расстройствам или прекращению жизнедеятельности.

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

1.38. **Смерть (гибель)** — необратимое прекращение жизнедеятельности организма человека.

1.39. **Спорт** — организованная по определенным правилам деятельность людей (спортсменов), состоящая в сопоставлении их физических и (или) интеллектуальных способностей, а также подготовка к этой деятельности и межличностные отношения, возникающие в её процессе.

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

1.39.1. **Активный отдых** — способ проведения свободного времени, разнообразность хобби, в процессе которого отдыхающий занимается активными видами деятельности, требующими активного участия человека или активной физической работы организма, не связанные с соревнованиями. К активному отдыху относятся:

- активности на море и/или бассейне, пляжные развлечения, развлечения в отелях, парках, аттракционы;
- пешие прогулки, катание на беговых лыжах, экскурсии, походы, в т.ч. с участием животных;
- передвижение на роликовых коньках, велосипедах, мотобайках, автомобилях, самокатах, скутерах и аналогичных видах транспорта с учетом соблюдения правил и требований по безопасности;
- передвижения в качестве пассажира, экскурсанта на самолетах, яхтах, катерах, лодках, автомобилях и пр.;
- сплавы по рекам (экскурсионно-туристический рафтинг), рыбалка;
- иные виды активного отдыха, за исключением видов активной деятельности, отраженных в п. 1.39.2. и 1.39.3. настоящих правил страхования.

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

- горные лыжи и сноуборд по маркированным трассам, все виды серфинга;
- дайвинг на глубину до 40 метров, сплавы по рекам (2–3 категории сложности), парусный спорт, пилотирование яхты;
- конный спорт, фигурное катание, конькобежный спорт, и аналогичные виды спорта;
- трэкинг на высоту до 3500 метров над уровнем моря;
- спортивная стрельба;
- участие в любых видах соревнований, организованные спортивными школами;
- за исключением видов спорта, отраженных в пп. 1.39.3.

1.39.3. **Экстремальный спорт** — спорт, связанный с высокими рисками опасности для жизни человека:

- полеты на моторных и безмоторных летательных аппаратах/оборудовании, парашютный спорт;
- альпинизм, спуск в пещеры (спелеология), трэкинг на высоту более 3500 метров над уровнем моря и аналогичные виды спорта;
- сплавы по рекам (выше 3 категории сложности), дайвинг на глубину более 40 метров с использованием специальных дыхательных смесей, ледовый (подледный) дайвинг;
- горные лыжи, лыжи, сноуборд по немаркированным трассам;
- боевые единоборства, бокс;
- скоростные спуски по горным участкам местности на любых средствах передвижения (велосипед, мотобайк и пр.), авто- и мотогонки и тренировки по ним;

— охота (в т.ч. сафари, подводная охота), практическая стрельба;

— участие в любых видах соревнований, включая любительские, организованные предприятием, организацией или группой по интересам.

1.39.4. Страхование по п. 1.39.1.–1.39.3. осуществляется с учетом пп. 5.2.1.–1.39.5. В случаях, когда вид спорта не попадает ни под одну из категорий пп. 1.39.1.–1.39.2., необходимо отнести его к категории экстремальный спорт (1.39.3).

1.39.6. В рамках пунктов 1.39.2. и 1.39.3. понятие дайвинг включает следующие стадии:

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

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

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

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

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

1.43. **Страхователь** — дееспособное физическое лицо (российские и иностранные граждане, лица без гражданства), член общественной организации Российского профсоюза железнодорожников и транспортных строителей, либо юридическое лицо.

1.44. **Страховая выплата** — денежная сумма, установленная договором страхования и выплачиваемая Страховщиком Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) при наступлении страхового случая.

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

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

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

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

1.49. **Телесное повреждение (травма)** — нарушение анатомической целостности кожных покровов, тканей или органов с расстройством их функций, обусловленное воздействием различных факторов окружающей среды, а также собственными действиями Страхователя (Застрахованного лица) или действиями третьих лиц, машин и оборудования, предусмотренное Таблицами размеров страховых выплат при несчастных случаях (травмах) и болезнях Застрахованного лица, приведенными в Приложении 2 к настоящим Правилам страхования, произошедшее в период действия договора страхования.

1.50. **Территория страхования по рискам от несчастного случая и болезней** — по умолчанию территорией страхования является **весь мир**, если иное не устанавливается договором страхования (страна, область, маршрут и т.п., территория, в пределах которой наступивший страховой случай в период действия договора страхования влечет за собой обязательства страховщика по страховой выплате).

1.51. **Территория страхования при Поездке** — Все страны мира, за исключением территорий/акваторий Арктики и Антарктики, если иное не предусмотрено договором страхования; за исключением страны постоянного места жительства полностью.

Для граждан Российской Федерации (далее — «Резиденты РФ») исключение ограничивается территорией внутри административной границы постоянного места жительства.

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

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

— требует долгосрочного наблюдения, консультаций, осмотров, исследований или анализов;

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

1.53. **Эвакуация** (экстренная медицинская транспортировка) — транспортировка Застрахованного лица из медицинского учреждения страны пребывания в страну проживания (территорию постоянного места жительства) в соответствии с требованиями п. 17.1.4. настоящих Правил страхования.

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

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

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

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

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

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

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

2. Основные положения

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

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

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

- 2.3.1. обработку своих персональных данных, содержащихся в документах, передаваемых Страховщику, в целях определения условий и заключения договора страхования, оценки риска Страховщиком, проведения маркетинговых исследований, обеспечения исполнения заключенного договора страхования;
- 2.3.2. предоставление информации Выгодоприобретателю об исполнении Страховщиком и/или Страхователем (Застрахованным лицом) обязательств по договору страхования, в том числе информацию об оплате и размере страховой премии (страховых взносов), размере страховой суммы, о возникновении и урегулировании претензий, наступлении/вероятности наступления страховых случаев, выплате страхового возмещения и другой имеющей отношение к заключенному договору страхования информации;
- 2.3.3. передачу персональных данных — сведений о себе или Застрахованном лице (в т.ч. информации о состоянии здоровья и диагнозах, составляющих врачебную тайну) Страховщику и его партнерам, в том числе с целью оказания информационно-консультационных услуг по планированию и организации лечения в медицинских учреждениях, предоставление любым лечебным учреждением или врачом Страховщику имеющейся информации о состоянии здоровья и диагнозах своего или Застрахованного лица — в соответствии со статьями 13, 19, 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.4. Обработка персональных данных осуществляется посредством сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), исследования, распространения (в том числе передачи), обезличивания,

блокирования, уничтожения (и иных действий, предусмотренных Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных») персональных данных, как на бумажных, так и на электронных носителях. Указанное в п. 2.3. настоящих Правил страхования согласие Страхователя (Застрахованного лица) действительно в течение срока действия договора страхования и далее бессрочно. Указанное согласие может быть отозвано Страхователем (Застрахованным лицом) посредством направления Страховщику соответствующего письменного заявления. Отзыв согласия в период действия договора страхования влечет за собой его досрочное прекращение.

3. Объекты страхования

3.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с причинением вреда жизни и здоровью Застрахованного лица, а также с его смертью в результате несчастного случая или болезни.

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

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

3.2.2. состоящие на учете в психоневрологическом или наркологическом диспансере;

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

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

3.2.5. которым были диагностированы любые формы злокачественных новообразований, рака, лейкемии, лимфом, или состоящие на диспансерном учете в медицинском учреждении или наблюдающиеся у врача-специалиста по поводу злокачественных новообразований, или ожидающие результатов анализов в связи с подозрением на рак, опухоли или другие новообразования, а также лица, которым были диагностированы поликистоз почек, асбестоз, цирроз печени, воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона или неспецифический язвенный колит);

3.2.6. страдающие заболеваниями сердечно-сосудистой системы в случаях, когда ранее были установлены диагнозы: ишемическая болезнь сердца, стенокардия, инфаркт миокарда, инфаркт головного мозга, атеросклероз сосудов головного мозга, инсульт (острое нарушение мозгового кровообращения), преходящее нарушение мозгового кровообращения;

3.2.7. состоящие на диспансерном учете в медицинском учреждении или наблюдающиеся у врача-специалиста по поводу туберкулеза;

3.2.8. страдающие сахарным диабетом;

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

3.2.10. являющиеся на момент заключения договора страхования временно нетрудоспособными в течение 3 (трех) и более недель подряд, в период предшествующих 6 (шести) месяцев до заключения договора страхования, а также лица, находящиеся в момент заключения договора страхования на амбулаторном или стационарном лечении и/или обследовании.

3.3. При этом Страховщик оставляет за собой право направить лиц данной категории на прохождение медицинского обследования либо запросить медицинские документы, необходимые для оценки страхового риска и оплаты дополнительной страховой премии.

3.4. Не являются страховыми случаями события по п. 4.3., находящиеся в прямой причинно-следственной связи между состояниями (диагнозами), указанными в п. 3.2. и свершившимся событием.

3.5. Объектами страхования являются, не противоречащие законодательству Российской Федерации, имущественные интересы Застрахованного лица, совершающего Поездку, которые возникли в период Поездки и на территории страхования, указанной в договоре страхования, которые могут быть связаны с:

- 1) непредвиденными расходами, принятыми Страховщиком на страхование, в случае необходимости получения экстренной или неотложной медицинской помощи при наступлении страхового события в объеме, предусмотренном договором страхования (медицинские и медико-транспортные расходы);
- 2) непредвиденными расходами на проживание в Поездке, компенсации в случае экстренной госпитализации/амбулаторном лечении, иные транспортные расходы, расходы при авиаперевозке.

4. Страховые риски. Страховые случаи

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

4.2. Страховым случаем является свершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность

Страховщика произвести страховую выплату Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю).

4.3. Страховыми случаями по рискам страхования от несчастных случаев и болезней признаются следующие события:

4.3.1. телесное повреждение (травма) Застрахованного лица, предусмотренное Таблицей размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем (травмах) Застрахованного лица в результате несчастного случая (Приложение 2 к Правилам страхования), произошедшее в результате несчастного случая, в том числе при занятиях спортом, если это предусмотрено договором и/или программой страхования;

4.3.2. временная утрата трудоспособности Застрахованным лицом (далее — «временная нетрудоспособность») в результате несчастного случая.

4.3.3. госпитализация Застрахованного лица (далее — «госпитализация») в результате несчастного случая:

— экстренная госпитализация — это госпитализация при срочной необходимости, проводимая непосредственно приемным отделением стационара (без направления) или по направлению учреждений скорой и неотложной медицинской помощи;

— плановая госпитализация — это госпитализация, проводимая по направлению лечащего врача, позволяющая подготовиться к ней как пациенту, так и медицинскому учреждению.

4.3.4. критическое заболевание (смертельно опасное заболевание) Застрахованного лица предусмотренное и определенное в соответствии с Перечнем критических заболеваний (Приложение 1 к Правилам страхования), впервые диагностированное в период действия Договора (далее — «критическое заболевание»);

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

4.3.6. хирургическая операция, проведенная Застрахованному лицу в период действия договора страхования в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования или острого аппендицита диагностированного в течение срока страхования (далее по тексту — операция, Приложение 2 к Правилам страхования);

4.3.7. постоянная утрата трудоспособности Застрахованного лица с установлением инвалидности (далее — «инвалидность») в результате несчастного случая;

4.3.8. постоянная утрата Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности (далее — «профессиональная нетрудоспособность») в результате несчастного случая;

4.3.9. смерть Застрахованного лица (далее — «смерть») в результате несчастного случая.

4.4. Страховыми случаями по рискам страхования имущественных интересов граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства (совершающих Поездку) признаются следующие события:

4.4.1. Телесное повреждение — травма, полученная в результате несчастного случая, вызванного воздействием очевидной внешней силы в период совершения Поездки (включая травмы, возникшие в результате повреждения самолета, судна, автобуса или иного транспортного средства, на котором передвигалось Застрахованное лицо в период совершения Поездки или в результате активного отдыха (п. 1.39.1.)), потребовавшие оказания экстренной или неотложной медицинской помощи (в т.ч. госпитализации);

4.4.2. внезапное заболевание — болезнь, возникшая неожиданно в период совершения Застрахованным лицом Поездки, и требующая неотложного медицинского вмешательства (в т.ч. госпитализации);

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

4.4.4. смерть — смерть Застрахованного лица в результате травмы, внезапного заболевания или обострения хронического заболевания, кроме заболеваний, являющихся исключением из страхового покрытия согласно п. 18.1. настоящих Правил страхования;

4.5. Перечень страховых рисков, событий (в любой комбинации), условия признания страхового события наступившим страховым случаем, порядок определения размера страховых выплат могут содержаться в Программе страхования (страховом продукте), устанавливаемой Договором страхования. Страхователь вправе выбрать любую программу страхования (страховой продукт), предложенную Страховщиком.

4.6. События, предусмотренные пп. 4.3.1.—4.3.6. настоящих Правил страхования и явившиеся следствием несчастного случая или болезни, признаются страховыми случаями, если они произошли в период действия договора страхования.

4.7. События, предусмотренные пп. 4.3.7.—4.3.9. настоящих Правил страхования и явившиеся следствием несчастного случая или болезни, произошедшие в период действия договора страхования, также признаются страховыми

случаями, если они наступили в течение 1 (одного) года с даты наступления несчастного случая или болезни.

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

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

5. Не является страховым случаем, не покрывается страховщиком

5.1. События, перечисленные в п. 4.3, 4.4. настоящих Правил страхования, не являются страховыми случаями, если они произошли в результате следующих обстоятельств:

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

5.1.2. находящиеся в прямой причинно-следственной связи между пребыванием Застрахованного лица в состоянии алкогольного, наркотического и/или токсического опьянения или под воздействием психотропных и токсических веществ (за исключением случаев отравления легально приобретенными недоброкачественными алкогольными напитками) и свершившимся событием;

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

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

5.1.5. несчастных случаев, произошедших вследствие каких-либо заболеваний Застрахованного лица, установленных до или на момент заключения договора страхования, в т.ч. указанных в п. 3.2.;

5.1.6. иных обстоятельств, предусмотренных условиями договора страхования.

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

5.2.1. занятий спортом в нарушении правил и требований техники безопасности, пожарной безопасности, квалифицируемые как административные правонарушения и/или уголовные преступления, организованные на запрещенных трассах, ружинг, уличная акробатика, восхождения по зданиям, прыжки с высотных зданий с парашютом или в специальном снаряжении и аналогичные виды деятельности).

В случаях, когда вид спорта не попадает под действие пп. 5.2.1., необходимо отнести его к категории экстремальный спорт (1.39.3).

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

5.2.3. осложнений беременности и родов или последствий таких осложнений, включая аборт, искусственные и преждевременные роды Застрахованного лица в течение первых 3 (трех) месяцев действия договора;

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

5.2.5. санаторно-курортного и/или реабилитационно-восстановительного лечения.

5.3. Страховщик в любом случае не покрывает следующие расходы при страховании по пп. 4.4.:

5.3.1. связанные с возмещением:

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

2) упущенной выгоды;

3) социальных компенсаций;

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

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

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

- 7) любых комиссий при осуществлении финансовых операций, взимаемых банками, платежными системами, коллекторскими агентствами и иными организациями, осуществляющими финансовые операции.
- 5.3.2. которые отдельно не согласованы и не отражены в договоре страхования (страховом полисе);
- 5.3.3. которые имели место после возвращения Застрахованного лица из Поездки в страну или территорию постоянного проживания;
- 5.3.4. превышающие установленные страховые суммы и внутренние лимиты возмещения, отраженные в «особых условиях» договора страхования (страхового полиса);
- 5.3.5. по переводу документов иностранных государств на русский язык.
- 5.4. Не покрываются расходы при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, когда имели место следующие факторы:
- совершение Застрахованным лицом преступных или противоправных действий, а также во время его участия в политических демонстрациях, забастовках или военных действиях;
 - умышленные действия или грубая неосторожность в том числе, но, не ограничиваясь этим, в случаях нарушения правил поведения, безопасности или распорядка на территории/месте временного пребывания (страна, отель, гостиница и т.п.);
 - служба Застрахованного лица в любых вооруженных силах и формированиях;
 - занятие Застрахованным лицом опасными/экстремальными видами спорта, за исключением случаев специального страхования на особых условиях, с применением установленных Страховщиком поправочных коэффициентов и отражением рисков в договоре страхования;
 - осуществление Застрахованным лицом Поездки, предпринятой с намерением получить лечение;
 - другие случаи, предусмотренные законодательством Российской Федерации.
- 5.5. События, перечисленные в п. 4.3. настоящих Правил страхования, не являются страховыми случаями, если они произошли в период нахождения Застрахованного лица в местах лишения свободы.
- 5.6. Если договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховым случаем наступил вследствие:
- 5.6.1. самоубийства или попытки самоубийства;
- 5.6.2. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 5.6.3. военных действий, а также маневров и иных военных мероприятий;
- 5.6.4. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;
- 5.6.5. умысла Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица);
- 5.6.6. в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.
- 5.7. При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь вправе договориться об изменении (дополнении или сокращении) перечня событий, не являющихся страховым случаем по отдельным событиям п. 4.3.—4.4. настоящих Правил страхования.
- 5.8. К событиям, не являющимся страховыми случаями и не покрываемыми Страховщиком, также относятся исключения к критическим заболеваниям, перечисленные в Приложении 1 к настоящим Правилам страхования.

6. Страховая сумма

- 6.1. Страховая сумма устанавливается в договоре страхования Страховщиком по соглашению со Страхователем.
- 6.2. Страховая сумма может быть установлена индивидуально для каждого из страховых рисков или по совокупности рисков, указанных в договоре страхования.
- 6.3. При заключении договора страхования в отношении нескольких Застрахованных лиц общая страховая сумма по договору равна сумме страховых сумм по всем Застрахованным лицам. Страховые суммы по каждому Застрахованному лицу приводятся по каждому из страховых рисков или по совокупности рисков отдельно в списке Застрахованных лиц.
- 6.4. Страховые суммы устанавливаются в российских рублях. По соглашению сторон в договоре страхования могут быть указаны страховые суммы в иностранной валюте, эквивалентом которых являются соответствующие суммы в рублях (далее — страхование с валютным эквивалентом).
- 6.5. Страховая сумма по договору страхования и по каждому риску, определенному договором страхования является агрегатной.
- 6.6. По рискам, предусмотренным страхованием имущественных интересов граждан, выезжающих за пределы постоянного местожительства, если расходы на лечение или другие расходы превышают в целом страховую сумму (лимит возмещения), установленную договором страхования по риску, то доля расходов, превышающая страховую сумму, остается на собственном удержании Застрахованного лица.
- 6.7. В договоре страхования Стороны могут указать размер некомпенсируемой Страховщиком части понесенных расходов — франшизу, что освобождает Страховщика от возмещения ущерба, не превышающего определенно-го размера.

6.7.1. Франшиза может быть условной или безусловной и устанавливается как в процентах или определенных размерах (в ЕВРО) к размеру расходов, так и в абсолютной величине:

- при установлении условной (невывчитаемой) франшизы, Страховщик не несёт ответственности за расходы, не превышающие сумму франшизы, но возмещает расходы полностью при превышении размера расходов суммы франшизы;
- при установлении безусловной (вычитаемой) франшизы, во всех случаях возмещаются расходы за вычетом суммы франшизы по каждому Застрахованному лицу.

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

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

7. Страховая премия

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

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

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

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

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

7.4. Страховая премия по договору страхования уплачивается Страхователем одновременно, если иное не установлено договором страхования.

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

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

7.6.1. для Страхователей — юридических лиц и индивидуальных предпринимателей:

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

7.6.2. для Страхователей — физических лиц:

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

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

8. Срок действия договора страхования

8.1. Договор страхования заключается на любой согласованный сторонами срок.

Договор страхования вступает в силу только после уплаты страховой премии.

8.2. Договор страхования по рискам, указанным в п. 4.3., если договором не предусмотрено иное, вступает в силу с даты, указанной в договоре стра-

хования как дата начала страхования, но не ранее дня, следующего за днем уплаты страховой премии.

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

- 24 часа в сутки;
- на период исполнения обязанностей по трудовому договору (контракту);
- на период исполнения обязанностей по трудовому договору (контракту), а также следования к месту работы или с работы;
- в быту (24 часа в сутки, исключая период исполнения обязанностей по трудовому договору (контракту), если иное не предусмотрено договором страхования);
- на период участия в мероприятиях, определенных договором страхования.

8.3. Договор страхования по рискам, указанным в п. 4.4. настоящих Правил страхования на период совершения Поездки (Поездок) заключается по согласованию сторон (на один год, полгода, один месяц или иной срок, установленный договором страхования).

8.3.1. Если договор страхования сроком на один год предусматривает многократные Поездки Застрахованного лица за пределы постоянного места жительства, то покрытие распространяется не более чем на 90 (девяносто) дней для каждой поездки, если иное не предусмотрено договором.

8.3.2. Если договор страхования заключается на 6 (шесть) месяцев, то страхование Поездок распространяется не более чем на 30 (тридцать) дней для каждой поездки, если иное не предусмотрено договором.

8.3.3. При заключении договора страхования на один месяц страхование Поездки распространяется на срок до одного календарного месяца.

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

8.3.5. Договор страхования вступает в силу не позднее даты пересечения Застрахованным лицом Государственной границы Российской Федерации, с учетом:

8.3.5.1. Для страховых рисков, указанных в п. 4.4. настоящих Правил страхования период действия страхования начинается:

- при Поездках за рубеж (зарубежных Поездках) — с даты, указанной в договоре страхования как дата начала Поездки, но не ранее момента пересечения Застрахованным лицом границы страны постоянного проживания при выезде с территории страны постоянного проживания, подтверждением чего является отметка пограничных служб в заграничном паспорте. Для резидентов РФ — с момента пересечения административной границы постоянного места жительства;
- при Поездках по территории Российской Федерации российских граждан — с момента пересечения Застрахованным лицом административной границы.

8.3.5.2. Для страховых рисков, указанных в п. 4.4. настоящих Правил страхования период действия страхования заканчивается:

- при Поездках за рубеж (зарубежных Поездках) — с момента пересечения Застрахованным лицом границы страны постоянного проживания при выезде на территорию страны постоянного проживания. Для резидентов РФ — с момента пересечения административной границы постоянного места жительства, но не позднее даты, указанной в договоре страхования (страховом полисе) как дата окончания срока страхования;
- при Поездках по территории Российской Федерации российских граждан — с момента пересечения Застрахованным лицом административной границы населенного пункта постоянного места жительства Застрахованного лица при выезде, в котором Застрахованное лицо постоянно проживает, если иное не предусмотрено договором страхования населенного пункта постоянного места жительства Застрахованного лица.

9. Заключение, изменение договора страхования

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9.6. Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в стандартной форме договора страхования (страхового полиса), заявления на страхование (если требуется его заполнение), анкетах Застрахованного лица и в письменном запросе Страховщика:

9.6.1. При заключении договоров страхования:

9.6.1.1. Страхователь подтверждает согласие с Декларацией Застрахованного лица, являющейся неотъемлемой частью договора страхования (страхового полиса).

9.6.1.2. В случаях диагностирования заболеваний/травм, указанных в п. 3.2. и Приложении 1 к настоящим Правилам страхования, и/или наличия симптомов и/или предшествующих состояний данных заболеваний/травм до даты заключения договора страхования, все последующие состояния, осложнения по таким диагнозам исключаются из страхового покрытия и не признаются страховыми случаями.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9.15. При заключении договора страхования Застрахованное лицо:

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

9.15.2. Освобождает Страховщика от обязательств конфиденциальности перед родственниками (совершеннолетние дети и внуки, дееспособные родители, родные братья/сестры, бабушки/дедушки, усыновленные и усыновители, законные супруг/супруга, находящие в официальном гражданском браке) по информации, полученной Страховщиком в результате своей профессиональной деятельности о Застрахованном лице (Страхователе, Выгодоприобретателе), состоянии их здоровья, а также по его имущественному положению, в случаях, когда состояние Застрахованного лица не позволяет ему принять решение о предоставлении информации по состоянию своего здоровья, диагнозе, лечении (кома, острые психические расстройства, ВИЧ-инфекция, искусственная вентиляция легких, бессознательное состояние и пр).

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

9.17. Все заявления и извещения, которые делают друг другу стороны договора страхования, должны производиться в письменной форме, способами (в соответствии с п. 1.18.1-1.18.2), позволяющими объективно зафиксировать факт сообщения по адресам, которые указаны в договоре.

9.18. Страхователь обязан незамедлительно, но не позднее 24 часов с момента, когда ему стало или должно было стать об этом известно, сообщить любым из доступных способов, определенных в п. 1.18 (пп. 1.18.1-1.18.4) или в договоре страхования, Страховщику обо всех существенных изменениях в принятом на страховании риске. Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в стандартной форме договора страхования (страхового полиса), заявлении на страхование и в письменном запросе Страховщика.

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

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

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

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

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

10. Прекращение действия договора страхования

10.1. Договор страхования прекращает свое действие в случаях:

10.1.1. истечения срока его действия;

10.1.2. исполнения Страхователем обязательств перед Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) по договору страхования в полном объеме;

10.1.3. смерти Страхователя (физического лица), не являющегося Застрахованным лицом, если Застрахованное или иное лицо не примут на себя обязанности Страхователя по договору страхования или ликвидации Страхователя (юридического лица), кроме случаев замены Страхователя в договоре страхования при его реорганизации (слиянии, присоединении, разделении, выделении, преобразовании);

10.1.4. ликвидации (а также иных случаях прекращения деятельности) Страховщика;

10.1.5. иных оснований, предусмотренных действующими законодательными актами Российской Федерации и договором страхования.

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

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

Если после вступления договора страхования в силу Страховщик получил уведомление о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, то возврат страховой премии приостанавливается до принятия решения по страховому событию.

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

— При отказе от договора страхования в соответствии с требованиями п. 10.4.1. дополнительно, по запросу Страховщика предоставляется копия заграничного паспорта — все страницы.

10.3.2. Заявление об отказе от договора страхования может быть предоставлено Страхователем Страховщику в соответствии с п. 1.18.(пп. 1.18.1.-1.18.4.).

10.3.3. Договор страхования прекращает свое действие:

— с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования, поданного непосредственно в офис Страховщика (в т.ч. по электронной почте), или иной даты по согласованию сторон;

— с даты отправки Страхователем письменного заявления об отказе от договора страхования в организацию почтовой связи, курьерской службы в адрес Страховщика, или иной даты по согласованию сторон.

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

10.4.1. В случае отказа Страхователя от договора страхования в течение периода охлаждения и после вступления договора в силу, и при условии отсутствия в этом периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовал договор страхования, за вычетом расходов на ведение дела в соответствии со структурой тарифной ставки.

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

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

10.5. Возврат Страховщиком страховой премии осуществляется не позднее 10 (десяти) рабочих дней с даты подписания дополнительного соглашения о прекращении (досрочном расторжении) договора страхования в письменной форме.

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

10.6.1. При досрочном прекращении договора страхования, по взаимному соглашению Сторон за пределами периода охлаждения, по обстоятельствам, иным чем страховой случай, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, за вычетом расходов на ведение дела в соответствии со структурой тарифной ставки.

10.6.2. Подлежащая возмещению премия возвращается Страхователю в течение срока указанного в договоре страхования, но не более 10 (десяти) рабочих дней считая от даты подписания соглашения о досрочном расторжении договора (полиса) страхования в письменной форме.

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

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

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

10.7.2. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если причиной отказа не стали виновные действия Страховщика.

11. Права и обязанности сторон

11.1. Страховщик имеет право:

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

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

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

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

11.1.5. При необходимости запрашивать сведения, связанные со страховым случаем, у правоохранительных органов, банков, медицинских учреждений и других предприятий, учреждений и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также вправе самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая.

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

11.1.7. Отсрочить решение о страховой выплате при необходимости проведения дополнительных независимых экспертиз и/или получения дополнительных запрошенных документов в соответствии с п. 11.1.5.

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

11.1.9. Отказать в страховой выплате на основании причин, указанных в главах 5 и 18 настоящих Правил страхования.

11.1.10. Отказать в страховой выплате при предоставлении документов содержащих противоречивые, недостаточные или недостоверные сведения, заведомо ложные сведения о причинах и обстоятельствах события/страхового случая, а также о видах и стоимости оказанных в связи с событием/страховым случаем услуг.

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

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

11.2. Страхователь имеет право:

11.2.1. Ознакомиться с полной информацией:

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

11.2.2. С информацией по п. 11.2.1. Страхователь (Застрахованное лицо) вправе ознакомиться любым удобным способом:

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

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

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

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

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

11.2.3.3. в случае включения лиц в Список Застрахованных лиц оплата страховой премии осуществляется в соответствии условиями договора страхования. При этом страховая премия уплачивается из расчета 1/12 части годовой премии за каждый полный и неполный месяц, оставшийся до конца срока действия договора;

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

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

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

— Данное условие не применяется в случае смерти Застрахованного лица по причинам иным, чем страховой случай. В этом случае замена Застрахованного лица производится только на основании письменного заявления Страхователя. При замене Застрахованных лиц в случаях, предусмотренных настоящим пунктом, страховая премия дополнительно не уплачивается.

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

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

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

11.3. Застрахованное лицо имеет право:

11.3.1. Ознакомиться с информацией, указанной в п. 11.2.1.

11.3.2. Получить страховую выплату в соответствии с договором страхования.

11.3.3. Назначить Выгодоприобретателя для получения страховой выплаты на случай своей смерти. При отсутствии такого назначения Выгодоприобретателями считаются наследники Застрахованного лица.

11.4. Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель имеет право направить запрос Страховщику, в том числе в электронной форме:

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

11.5. Страховщик обязан:

11.5.1. Ознакомить Страхователя (Застрахованное лицо) с настоящими Правилами страхования и информацией, указанной в п. 11.2.1. любым из способов, установленных п. 11.2.2.

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

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

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

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

- принимает их, если иное не предусмотрено для отдельного вида страхования законодательством Российской Федерации, при этом срок принятия решения или единый срок урегулирования требования о страховой выплате начинается исчисляться с даты предоставления последнего из недостающих и/или надлежащим образом оформленных документов;
- в срок, не превышающий 15 (пятнадцать) рабочих дней со дня получения Страховщиком заявления и документов, надлежащим способом (п. 1.18, пп. 1.18.1.-1.18.4.) в письменном виде уведомляет об этом заявителя с указанием перечня недостающих и/или ненадлежащим образом оформленных документов.

11.5.6. При признании события страховым случаем произвести страховую выплату в течение 5 (пяти) рабочих дней после составления и подписания Страхового акта.

Страховой акт составляется Страховщиком в течение 10 (десяти) рабочих дней после рассмотрения документов;

11.5.7. При непризнании события страховым случаем — в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия решения направить мотивированный отказ.

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

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

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

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

- 1) страховую сумму (ее часть) по личному страхованию (за исключением медицинского страхования), подлежащую выплате или окончательную сумму страхового возмещения, подлежащую выплате, по имущественному страхованию;
- 2) порядок расчета страховой выплаты;
- 3) исчерпывающий перечень норм права и (или) условий договора страхования и Правил страхования, обстоятельств и документов, на основании которых произведен расчет.

11.6. Страхователь обязан:

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

11.6.2. Незамедлительно, но не позднее 24 (двадцати четырех) часов с момента, когда ему стало известно, сообщить Страховщику обо всех существенных изменениях в принятом на страховании риске одним из способов, установленным п. 1.18. (пп. 1.18.1.-1.18.4.) или договором страхования.

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

11.6.4. Сообщить Страховщику о наступлении страхового события в любой форме, в соответствии со способами, установленными п. 1.18. или договором страхования после того, как ему стало известно о наступлении страхового события.

11.6.5. Предоставить Страховщику всю известную информацию о событии, имеющем признаки страхового случая, а также Заявление о страховом событии, составленное в письменном виде, в соответствии с установленной Страховщиком формой и все необходимые документы, указанные в п. 1.4.2. и 1.6.2. настоящих Правил страхования, для установления факта наступления страхового случая и определения размера суммы страховой выплаты.

11.7. Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) обязано:

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

- при наступлении несчастного случая — обратиться к врачу;
- при совершении Поездки — обратиться в Сервисный центр;

11.7.2. Неукоснительно соблюдать:

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

11.7.3. Сообщить Страховщику о наступлении страхового события в любой форме, в соответствии со способами, установленными п. 1.18. или договором страхования после того, как ему стало известно о наступлении страхового события.

11.7.4. Предоставить Страховщику всю известную информацию о событии, имеющем признаки страхового случая, а также Заявление о страховом со-

бытии, составленное в письменном виде, в соответствии с установленной Страховщиком формой и все необходимые документы, указанные в п. 1.4.2. и 1.6.2. настоящих Правил страхования, для установления факта наступления страхового случая и определения размера суммы страховой выплаты.

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

12. Порядок разрешения споров

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

- в досудебном порядке при обращении Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) с обращением (претензией) к Страховщику;
- с использованием медиативных процедур (п. 1.2.2.).

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

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

12.4. В случае если Стороны не пришли к соглашению, либо сумма имущественных требований составила более 500 (пятисот) тысяч рублей (п. 1.3.2.), все споры передаются на рассмотрение суда общей юрисдикции.

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

13. Форс-мажор

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

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

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

12.4. Сторона, для которой создавалась невозможность исполнения обязательств, обязана при первой же возможности с момента наступления вышеуказанных обстоятельств в письменной форме уведомить другую сторону о наступлении и предполагаемом сроке их действия.

12.5. Не уведомление или несвоевременное уведомление лишает не уведомившую сторону права ссылаться на любое вышеуказанное обстоятельство как на основание, освобождающее от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств.

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

Глава II

Порядок и размер страховых выплат по рискам от несчастного случая и болезней

14. Порядок осуществления страховых выплат

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

14.2. Для получения страховой выплаты Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) в согласованные (при уведомлении о наступлении страховом событии) сроки, но не более 2 (двух) лет со дня страхового события, Страховщику подается Заявление о страховом событии в соответствии с п. 1.18. (пп. 1.18.1.-1.18.2.), составленное в письменном виде в соответствии с установленной Страховщиком формой:

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

- договор страхования (страховой полис) или **копия договора страхования**;
- документ (копия документа), удостоверяющий личность Застрахованного лица (Выгодоприобретателя);
- документ (копия документа), подтверждающий родство Застрахованного лица и Страхователя (свидетельство о рождении, свидетельство о заключении брака, справка органов ЗАГС, выписка из домовой книги и пр.);
- **(копия)** выписки из медицинской карты амбулаторного больного, оформленная должным образом и содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного лица до заключения договора страхования заболеваниях, если договор страхования, предусматривает события в результате несчастных случаев и/или болезней (по запросу Страховщика предоставляется копия медицинской карты за период 3 (три) года до даты диагностирования заболевания / травмы, заверенные лечебным учреждением);
- Акт (или его копия) о несчастном случае на производстве, если несчастный случай произошел на производстве;
- документы компетентных органов (или их копии), относящиеся к страховому случаю (справка ОВД, Постановление о возбуждении уголовного дела, отказе в возбуждении уголовного дела, постановление о признании потерпевшим, решение суда).

14.2.2. В случае травмы, дополнительно к перечисленным в п. 14.2.1. настоящих Правил страхования, предоставляются следующие документы:

- оригинал или копия справки лечебно-профилактического учреждения (выписка из медицинской карты амбулаторного / стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни)), заверенная печатью, с диагнозом, сроками лечения, результатами обследования, лечением;
- копия листка нетрудоспособности (больничного листа), заверенная подписью ответственного сотрудника и печатью организации, в которой работает Застрахованное лицо (при наличии);
- копия заключения рентгенологического и/или ультразвукового исследования, компьютерной и/или магнитно-резонансной томографии в зависимости от характера травмы, подтверждающего поставленный диагноз.

14.2.3. В случае временной нетрудоспособности, госпитализации, дополнительно к перечисленным в п. 14.2.1. настоящих Правил страхования, предоставляются следующие документы:

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

14.2.4. В случае критического заболевания, дополнительно к перечисленным в п. 14.2.1. настоящих Правил страхования, предоставляются следующие документы:

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

14.2.5. В случае инвалидности, дополнительно к перечисленным в п. 14.2.1. настоящих Правил страхования, предоставляются следующие документы:

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

14.2.6. В случае утраты профессиональной трудоспособности, дополнительно к перечисленным в п. 14.2.1. настоящих Правил страхования, предоставляются следующие документы:

- копия справки из учреждения МСЭ о результатах установления степени утраты профессиональной трудоспособности, заверенная лечебным учреждением;
- копия справки лечебно-профилактического учреждения (выписка из медицинской карты амбулаторного / стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни)), заверенная печатью, с диагнозом, сроками лечения, результатами обследования, лечением;
- копия акта о профессиональном заболевании;
- копия решения суда об установлении факта несчастного случая на производстве или профессионального заболевания;

— заключение государственного инспектора по охране труда либо других должностных лиц (органов), осуществляющих контроль и надзор за состоянием охраны труда и соблюдением законодательства о труде.

14.2.7. В случае смерти дополнительно к перечисленным в п. 14.2.1. настоящих Правил страхования, предоставляются следующие документы:

- Копия свидетельства о смерти и копия справки о смерти с указанием причин смерти;
- копия протокола патологоанатомического исследования или акта судебно-медицинской экспертизы (если исследование не производилось — копию заявления родственников об отказе от вскрытия и копия справки из патологоанатомического отделения, на основании которой выдается свидетельство о смерти) (при наличии);
- нотариально удостоверенное завещание либо свидетельство о праве на наследство, если в договоре страхования не назначен Выгодоприобретатель.

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

- Копия Акта судебно-медицинской экспертизы (патологоанатомического исследования) — (оригинал или заверенная копия);
- Постановление или отказе в возбуждении уголовного дела (оригинал или заверенная копия);
- Постановление о возбуждении или отказе в возбуждении дела об административном правонарушении (оригинал или заверенная копия);
- Постановление о признании потерпевшим (оригинал или заверенная копия);
- Постановление о передаче дела в суд (оригинал или заверенная копия);
- Постановление о прекращении уголовного или административного дела (оригинал или заверенная копия);
- Решение суда (оригинал или заверенная копия).

14.2.9. По иным рискам предоставляются следующие документы:

1) «Клещевой энцефалит»:

- Копия справки лечебно — профилактического учреждения (выписка из медицинской карты амбулаторного / стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни)), заверенная печатью, с диагнозом, сроками лечения, результатами обследования, лечением;
 - копия листка нетрудоспособности (больничного листа), заверенная подписью ответственного сотрудника и печатью организации, в которой работает Застрахованное лицо (при наличии);
 - копия заключения врача-специалиста (инфекциониста);
 - результаты проведенных анализов (копии).
- 2) «Хирургические операции» в результате травм (в т.ч. при аппендиците):
- копия справки лечебно — профилактического учреждения (стационарного больного — выписной эпикриз из истории болезни), заверенная печатью, с диагнозом, сроками лечения, результатами обследования, лечением;
 - копия листка нетрудоспособности (больничного листа), заверенная подписью ответственного сотрудника и печатью организации, в которой работает Застрахованное лицо (при наличии);
 - копия заключения врача-специалиста;
 - результаты проведенных анализов (копии).

14.2.10. Все копии документов должны быть заверены организацией, выдавшей их.

14.3. При необходимости Страховщик имеет право запрашивать другие документы у Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), если в отсутствие таких документов невозможно установить факт, причины и обстоятельства наступления страхового случая и (или) размер причиненного Страхователю (Выгодоприобретателю) вследствие страхового случая ущерба, а также сведения, связанные со страховым случаем, у правоохранительных органов, банков, медицинских учреждений и других предприятий, учреждений и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также вправе самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая (п. 11.1.5).

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

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

14.6. Рассмотрение документов и принятие решения осуществляется Страховщиком в течение 20 (двадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком Заявления о страховом событии и всех необходимых документов, если договором страхования не предусмотрено иное.

14.7. Страховой акт составляется в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента завершения рассмотрения документов. Страховой Акт является решением о признании события страховым случаем.

14.8. При принятии решения об отказе в признании события страховым случаем и/или отказе в страховой выплате, уведомление об отказе направляется

Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) в письменном виде в течение 3 (трех) рабочих дней со дня принятия решения.

14.9. Страховая выплата производится в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента подписания Страхового акта, если договором страхования не предусмотрено иное.

14.10. Страховая выплата производится путем перечисления, на банковский счет Застрахованного лица (Выгодоприобретателя), указанный в Заявлении о страховом событии, наличными в кассе Страховщика либо иным способом по согласованию сторон.

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

14.12. Если страховым случаем наступил до уплаты очередного страхового взноса, внесение которого просрочено, при определении размера страховой выплаты Страховщик имеет право зачесть сумму просроченного страхового взноса либо потребовать от Страхователя произвести уплату очередного страхового взноса. При этом Страхователь обязан в срок не позднее 10 (десяти) банковских дней с момента предъявления такого требования уплатить очередной страховой взнос.

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

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

14.15. Если Выгодоприобретателем оказывается несовершеннолетний, то причитающаяся ему сумма переводится на его банковский счет с уведомлением законных представителей получателя страховой выплаты. В случае отсутствия у Выгодоприобретателя действующего банковского счета Страховщик не открывает его и не несет никаких расходов, связанных с его открытием.

14.16. Страховая выплата не производится в случаях, предусмотренных в разделе 5 настоящих Правил страхования, а также в других случаях, предусмотренных договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

15. Размер страховых выплат

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

15.2. При наступлении страхового случая «травма» в период действия договора страхования страховая выплата производится в соответствии с Таблицами размеров страховых выплат при несчастных случаях (травмах) и болезнях Застрахованного лица в процентах от страховой суммы, согласно Приложению 2 к настоящим Правилам страхования.

15.3. При наступлении страхового случая «временная нетрудоспособность» страховая выплата производится в размере, предусмотренном Приложением 2 к настоящим Правилам страхования, за каждый день нетрудоспособности, но не более чем за 90 (девяносто) дней нетрудоспособности, если договором страхования не предусмотрено иное.

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

15.4. При наступлении страхового случая «госпитализация» страховая выплата производится в размере, предусмотренном договором страхования, за каждый день стационарного лечения (Приложение 2), но не более чем за 30 (тридцать) дней госпитализации, если договором страхования не предусмотрено иное.

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

15.5. При наступлении страхового случая «критическое заболевание» (Приложение 1) страховая выплата производится в размере страховой суммы в соответствии с Таблицей выплат по критическим заболеваниям (Приложение 2). Порядок выплат устанавливается договором страхования.

15.5.1. Договором страхования может быть установлен период ожидания (временная франшиза), в течение которого диагностирование критического заболевания у Застрахованного лица не является страховым случаем, и страховая выплата не производится.

15.5.2. Наступление критического заболевания не является страховым случаем, если оно явилось следствием развития у Застрахованного лица болезней, квалифицируемых как предшествующие состояния, указанных в Приложении 1 к настоящим Правилам страхования.

15.5.3. Наступление критического заболевания не является страховым случаем, если о нем было заявлено Страхователем на момент заключения договора страхования (в Декларации, Анкете, заявлении на страхование и пр.).

15.5.4. При диагностировании критического заболевания Страховщик вправе отложить страховую выплату до получения заключения, назначенного Стра-

ховщиком врача-эксперта, подтверждающего правильность поставленного Застрахованному лицу диагноза.

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

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

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

15.6.1. Вариант:

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

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

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

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

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

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

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

15.8. При наступлении страхового случая «смерть» страховая выплата производится в размере страховой суммы.

15.9. В случае получения Застрахованным несколькими поврежденными или увечными, перечисленными в разных разделах таблицы, общий размер страховой выплаты рассчитывается путем суммирования размеров выплаты по разным разделам.

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

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

15.12. Страховые суммы по страховым рискам и договору страхования являются агрегатными.

15.13. Страховая выплата рассчитывается в соответствии с Приложением 2 к настоящим Правилам страхования как произведение процента по статье выплаты к страховой сумме по риску или договору, с учетом ранее произведенных выплат.

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

Глава III

Порядок и размер страховых выплат при страховании медицинских и медико-транспортных расходов.

16. Действия сторон при наступлении страхового случая. Порядок осуществления страховой выплаты

16.1. При наступлении событий, предусмотренных п. 4.4.:

16.1.1. Застрахованное лицо или его представитель до получения медицинской и/или иной необходимой помощи обязан связаться с представителем Страховщика — Сервисной компанией по телефону, указанному в договоре

страхования и проинформировать диспетчера о случившемся. Расходы на переговоры с Сервисной компанией или специализированным сервисным центром возмещаются Застрахованному лицу при предъявлении подтверждающих документов в пределах лимитов, установленных договором страхования.

Связь с Сервисной компанией осуществляется круглосуточно по многоканальному телефону, указанному в страховом полисе.

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

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

16.1.3. Застрахованное лицо обязуется строго следовать указаниям Сервисной компании.

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

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

16.1.5. В случае невозможности позвонить в Сервисную компанию до консультации с врачом или отправки в клинику Застрахованное лицо обязано сделать это по возможности до отъезда в страну постоянного проживания. В любом случае при госпитализации или обращении к врачу Застрахованное лицо обязано предъявить медицинскому персоналу договор страхования для дальнейшего согласования своих действий со Страховщиком посредством Сервисной компании.

16.1.6. Застрахованное лицо в связи со страховым случаем имеет право самостоятельно обратиться в ближайшее медицинское учреждение, к врачу и вызвать скорую помощь, если он не имел объективной возможности связаться с Сервисной компанией по уважительной причине, а именно:

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

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

16.2. При невозможности связаться с представителем Страховщика или Сервисной компанией (специализированным сервисным центром) Застрахованное лицо может самостоятельно обратиться в ближайшее медицинское учреждение, предъявив при этом страховой полис. При этом до момента возвращения в страну постоянного проживания Застрахованное лицо обязано по возможности согласовать с Сервисной компанией или Страховщиком оплату необходимой помощи. В случае если Застрахованное лицо самостоятельно понесло расходы, связанные со страховым случаем, он должен при возвращении из Поездки в письменной форме (пп. 1.1.8.1.-1.1.8.2.) заявить Страховщику о случившемся и представить следующие документы:

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

16.2.2. копию документа, удостоверяющего личность;

16.2.3. оригинал или копию страхового полиса; информацию по страхованию (при наличии);

16.2.4. копию свидетельства о рождении ребенка (если страховые расходы были связаны с оказанием медицинских или иных услуг ребенку);

16.2.5. копию заграничного паспорта Застрахованного лица (первая страница и страница с отметками о пересечении границы в сроки происшествия страхового события);

16.2.6. оригиналы документов, подтверждающие факт оплаты за лечение, медикаменты и прочие услуги (штамп об оплате, подтверждение банка о перечислении суммы или кассовый чек);

16.2.6.1. оригинал справки-счета из медицинского учреждения с указанием ФИ.О. пациента, диагноза, даты обращения, режима лечения (амбулаторный, стационарный, дневной стационар), продолжительности лечения, с перечнем оказанных услуг с разбивкой их по датам и стоимости, с итоговой суммой к оплате — для возмещения расходов за лечение;

16.2.6.2. оригиналы выписанных врачом в связи с данным заболеванием рецептов со штампом аптеки и указанием стоимости каждого приобретенного медикамента — для возмещения расходов за медикаменты;

16.2.6.3. оригинал направления, выданного врачом на прохождение лабораторных исследований и счет лаборатории, с разбивкой по датам, наименованиям и стоимости оказанных услуг — для возмещения расходов за лабораторные исследования. Все передаваемые в адрес Страховщика документы на иностранном языке, отличном от английского и немецкого, должны быть переведены на русский язык и заверены.

16.3. Страховая выплата в виде возмещения понесенных Застрахованным лицом расходов производится Страховщиком после получения всех запрошенных документов, а по необходимости и их заверенных переводов, в течение срока установленного договором страхования, но не более чем 45 (сорок пять) рабочих дней с момента предоставления всех необходимых и надлежащим образом оформленных документов.

17. Расходы, возмещаемые страховщиком

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

17.1.1. Медицинские расходы по амбулаторному и/или по стационарному лечению, которые включают:

17.1.1.1. оплату врачебных услуг, в том числе на амбулаторное лечение;

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

17.1.1.3. расходы за стационарное лечение (включая необходимые (разумные и достаточные) медицинские исследования, лечение, оперативные вмешательства и послеоперационный уход, а также лечение кессонной болезни в компрессионной барокамере;

17.1.1.4. физиотерапия по медицинским показаниям, связанным со страховым случаем;

17.1.1.5. расходы на услуги местной скорой помощи (если причиной вызова явились достаточные медицинские основания);

17.1.1.6. расходы на приобретение лекарственных препаратов и перевязочных средств по назначению лечащего врача в стране пребывания;

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

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

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

17.1.2.2. необходимой для предотвращения непосредственной угрозы жизни или здоровью при онкологических заболеваниях, доброкачественных новообразованиях, в том числе гемобластоз, и их осложнений, до момента установления диагноза и по событиям, происшедшим за пределами территории РФ. При этом ответственность Страховщика ограничивается суммой в российских рублях эквивалентной 1000 (одной тысяче) ЕВРО.

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

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

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

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

17.1.4. Медико-транспортные расходы, которые включают:

17.1.4.1. Расходы по перемещению (транспортировке автомашиной «скорой помощи» или иным транспортным средством, включая, но не ограничиваясь этим, самолет санавиации и/или вертолет) с места происшествия в ближайшее медицинское учреждение или к находящемуся в непосредственной близости врачу в стране или месте временного пребывания, для оказания экстренной медицинской помощи в случае, когда Застрахованное лицо находится в критическом состоянии и не имеет физической возможности направиться в ближайшее медицинское учреждение самостоятельно без медицинского сопровождения;

— расходы по перемещению (транспортировке) с места происшествия в медицинское учреждение, обратно из медицинского учреждения или клиники частнопрактикующего врача, до места временного пребывания Застрахованного лица, организованному самим Застрахованным лицом, покрываются Страховщиком в размере, не превышающем сумму в российских рублях, эквивалентной 500 (пятистам) ЕВРО.

17.1.4.2. Расходы по транспортировке, которые включают:

а) Расходы по экстренной медицинской эвакуации адекватным транспортным средством, включая расходы на сопровождающее лицо (если такое сопровождение предписано врачом) из места пребывания Застрахованного лица до места его постоянного жительства или до ближайшего

медицинского учреждения по месту жительства при условии отсутствия в месте временного пребывания возможностей для предоставления требуемой медицинской помощи. 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 установленной в договоре страхования суммы.

- б) Расходы по медицинской транспортировке Застрахованного лица из места временного пребывания до места его постоянного жительства или до ближайшего медицинского учреждения по месту жительства в случае, когда расходы по пребыванию в стационаре могут превысить установленный в договоре страхования лимит возмещения или в случаях, когда лечение за рубежом значительно превышает расходы на экстренную медицинскую репатриацию. Медицинская транспортировка проводится только при отсутствии медицинских противопоказаний. Расходы по медицинской транспортировке покрываются в пределах установленной в договоре страхования суммы.
- в) Расходы на организацию посмертной репатриации, включая оплату гроба или кремации, а также необходимых документов, транспортировку груза «200», санкционированные Сервисной компанией (Сервисным Центром) или произведенные самостоятельно родственниками Застрахованного лица, но в обязательном порядке согласованные с Сервисной компанией (Сервисным Центром) или Страховщиком, до места постоянного жительства Застрахованного лица, если его смерть наступила в результате страхового случая. Расходы по посмертной репатриации покрываются в пределах установленной в договоре страхования суммы. При этом Страховщик не оплачивает расходы на ритуальные услуги на месте постоянного жительства Застрахованного лица.
- г) Застрахованное лицо возмещает Страховщику все реально понесенные последние расходы, вызванные отказом Застрахованного лица от услуг по эвакуации, транспортировке и/или репатриации его на место постоянного проживания, которые Страховщик организовал с согласия Застрахованного лица.

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

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

17.1.4.4. Расходы по пребыванию в стационаре одного взрослого (родителя, опекуна, близкого родственника) при экстренной госпитализации ребенка до 14 (четырнадцати) лет.

17.1.4.5. Расходы Застрахованного лица на проезд до места постоянного проживания в один конец экономическим классом (подтвержденные проездными документами), включая трансфер до аэропорта, в случае если его отъезд не состоялся вовремя, т.е. в день, указанный в проездных документах, находящихся на руках у Застрахованного лица, по причине наступления страхового события, повлекшего необходимость пребывания Застрахованного лица на стационарном лечении. Застрахованное лицо обязано 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 лица стоимость неиспользованных проездных документов.

17.1.4.6. Расходы на визит совершеннолетнего третьего лица в случаях госпитализации или смерти Застрахованного лица. При этом возмещаются расходы на проезд в оба конца экономическим классом (подтвержденные проездными документами) с места постоянного проживания и обратно. Страховщик также возмещает расходы на проживание третьего лица в гостинице, но не более суммы в российских рублях эквивалентной 300 (тремстам) ЕВРО.

17.1.4.7. Расходы на возвращение (только оплата проездного документа экономического класса до места постоянного проживания) одного Компаньона, находящегося в Поездке вместе с Застрахованным лицом, в случае вынужденного досрочного возвращения из Поездки или задержки пребывания последнего по причине эвакуации или репатриации Застрахованного лица, наступившие в результате страхового события.

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

17.1.4.9. Расходы на оплату проживания Застрахованного лица в гостинице в случае его задержки в Поездке по причине карантинного заболевания,

экстренной госпитализации и при запрете на выезд из страны временного пребывания.

При этом покрываются расходы на проживание и оплату проезда экономическим классом к постоянному месту жительства (при наличии подтверждающих документов), если имели место быть карантинные заболевания, а именно: скарлатина, ветрянка, краснуха, корь, инфекционный мононуклеоз, инфекционный паротит и иные заболевания, и случаи, потребовавшие экстренной госпитализации. Расходы на проживание в гостинице возмещаются в размере, не превышающем сумму в российских рублях, эквивалентной 300 (тремстам) ЕВРО. При этом проживание организуется Сервисной компанией либо Застрахованным лицом самостоятельно, но при условии обязательного согласования с Сервисной компанией.

Расходы на проживание и оплату проезда к постоянному месту жительства Компаньонов по поездке/близких родственников, не компенсируются Страховщиком.

17.1.4.10. Расходы по досрочному возвращению Застрахованного лица на место постоянного проживания (оплата проезда только экономическим классом до места постоянного проживания, подтвержденная проездными документами) в случае внезапной болезни (при условии экстренной госпитализации) или непредвиденной смерти его близкого родственника в стране постоянного проживания при условии возврата Застрахованным лицом Страховщику неиспользованного обратного билета. При несоблюдении данного условия Страховщик вправе вычесть из суммы возмещения расходов Застрахованного лица стоимость неиспользованных проездных документов.

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

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

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

При этом Страховщик оплачивает необходимые медицинские расходы по амбулаторной и/или по стационарной помощи, а также медико-транспортные и иные транспортные расходы в пределах суммы в российских рублях, эквивалентной 10 000 (десяти тысячам) ЕВРО.

18. Не являются страховыми случаями, не принимаются на страхование и не возмещаются расходы

18.1. При наступлении в период Поездки случаев, перечисленных в п. 4.4., Страховщик не покрывает и не возмещает:

18.1.1. Расходы, связанные с лечением последствий несчастных случаев и/или травм, произошедших с Застрахованным лицом до начала Поездки.

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

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

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

18.1.4. Расходы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинских услуг, не связанных с внезапным заболеванием или несчастным случаем.

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

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

18.1.7. Расходы, связанные с лечением с использованием методов мануальной терапии, рефлексотерапии (проведение акупунктуры), хиропрактики, массажа, гомеопатии, фито- и натуротерапии и аналогичных видов лечения, в том числе последствием такого лечения.

18.1.8. Расходы, связанные с проведением восстановительной хирургии, реконструктивной хирургии, всякого рода протезирования, включая зубное и глазное протезирование, а так же осложнения, вызванные этими видами лечения.

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

18.1.10. Расходы, связанные с обследованием и лечением заболеваний научно не признанными методами.

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

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

18.1.13. Расходы на лечение, которое осуществлялось родственниками Застрахованного лица.

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

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

18.1.16. Расходы, связанные с лечением лучевой болезни.

18.1.17. Расходы, связанные с операциями по пересадке органов и тканей.

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

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

18.1.19. Расходы, связанные с любыми претензиями, возникшими в ходе Поездки, предпринятой, несмотря на медицинские противопоказания.

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

18.1.21. Расходы, находящиеся в прямой причинно-следственной связи между пребыванием Застрахованного лица в состоянии алкогольного, наркотического и/или токсического опьянения или под воздействием психотропных и токсических веществ (за исключением случаев отравления легально приобретенными недоброкачественными алкогольными напитками) и свершившимся событием.

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

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

В случаях, когда вид спорта не попадает под действие пп. 18.1.23, необходимо отнести его к категории экстремальный спорт (1.39.3).

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

18.1.25. Расходы, связанные с лечением травм, заболеваний, полученных в прямой или косвенной зависимости от наличия гражданской войны, народными волнениями всякого рода, забастовками, восстаниями, мятежами, массовыми беспорядками и их последствиями, введением чрезвычайного или особого положения по распоряжению военных и гражданских властей.

18.1.26. Расходы по эвакуации/репатриации в случае незначительных болезней или травм, которые, по мнению назначенного Страховщиком медицинского консультанта, поддаются местному лечению и не препятствуют продолжению Поездки Застрахованного лица.

18.1.27. Расходы в отношении любой эвакуации и/или репатриации, не организованной Страховщиком или Сервисной компанией (кроме случаев невозможности согласования эвакуации и транспортировки по уважительным причинам — обстоятельствам непреодолимой силы, тяжелого физического состояния, из-за нахождения в труднодоступном месте, технических неполадок с системой телефонной связи и т.п.).

18.1.28. Расходы в отношении любой эвакуации и/или репатриации в результате онкологических заболеваний;

18.1.29. Расходы вследствие преднамеренного (планового) лечения за рубежом.

18.2. При наступлении в период Поездки случаев, перечисленных в п. 17.1.4.2. Страховщик не возмещает расходы по посмертной репатриации, если смерть была вызвана следующими обстоятельствами, а именно:

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

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

18.2.3. вследствие преднамеренного (планового) лечения за рубежом;

18.2.4. вследствие лечения заболеваний научно не признанными методами, а так же принятием не сертифицированных лекарственных препаратов;

18.2.5. последствиями онкологических заболеваний.

Перечень критических заболеваний (смертельно-опасных заболеваний)

Условия

Критическое заболевание диагностируется или хирургическая операция проводится по истечении периода ожидания — 3 (трех) месяцев, со дня вступления в силу Договора в отношении Застрахованного по риску «Критические заболевания», но до даты окончания договора страхования.

Рак, угрожающий жизни

Признаки:

заболевание, проявляющееся наличием одной или более опухолей, которые гистологически описываются как злокачественные, с неконтролируемым ростом, наличием метастазов и с инвазией в здоровую ткань.

Страховым случаем признаются заболевания, отвечающие вышеуказанным характеристикам, возникшие в течение срока действия Договора, включая:

- лейкомию (кроме хронической лимфоцитарной лейкемии);
- лимфомы;
- болезнь Ходжкина (лимфогранулематоз).

Диагноз должен быть подтвержден онкологом на основании данных гистологического исследования.

Не покрывается:

- все степени выраженности цервикальной интраэпителиальной неоплазии;
- меланомы, максимальная толщина которой в соответствии с гистологическим заключением меньше или равна 1 мм или которая не превышает уровень развития T1N(0) M(0) по классификации TNM, любая другая опухоль, не проникающая в сосочково-ретикулярный слой;
- все эпителиально-клеточные раки кожи при отсутствии прорастания в другие органы;
- рак предстательной железы стадии T1 (включая T1a, T1b, T1c) по классификации TNM;
- все гиперкератозы или базально-клеточные карциномы кожи;
- саркома Капоши и другие опухоли, ассоциированные с ВИЧ-инфекцией или СПИДом;
- любые злокачественные или предраковые образования, папиллома мочевого пузыря, полипоз кишечника, болезнь Крона, язвенный колит, гематурия, стул с кровью, кровохарканье, лимфаденопатия, спленомегалия, кахексия.

Состояния предшествующие наступлению критического заболевания:

Любые злокачественные или предраковые образования, папиллома мочевого пузыря, полипоз кишечника, болезнь Крона, язвенный колит, гематурия, стул с кровью, кровохарканье, лимфаденопатия, спленомегалия, кахексия.

Инфаркт миокарда

Признаки:

остро возникший очаговый некроз сердечной мышцы (участка), развившийся вследствие абсолютной или относительной недостаточности коронарного кровотока.

Вышеуказанный диагноз должен основываться на следующих данных:

- наличие в анамнезе типичных болей в грудной клетке (стенокардического характера, но более интенсивных, продолжительных по времени, часто повторяющихся, не купирующихся приемом нитроглицерина);
- новые изменения на электрокардиограмме, характерные для инфаркта миокарда;
- значительное увеличение кардиальных ферментов в крови, характерных для повреждения клеток миокарда (АЛТ, АСТ, ЛДГ, КФК).

Не покрывается:

- инфаркты миокарда без изменения сегмента ST и с увеличением показателя тропонина I или T в крови (ишемия миокарда, нестабильная стенокардия, не приведшие к развитию инфаркта миокарда);
- безболевого инфаркта миокарда

Состояния, предшествующие наступлению критического заболевания:

Гипертония, стенокардия, атеросклероз и болезни коронарных сосудов, загрудинные боли при повышенной физической активности, сахарный диабет, аритмия, патологические изменения на ЭКГ, гиперлипидемия, ожирение

Инсульт

Признаки:

любые цереброваскулярные изменения, которые вызывают стойкую неврологическую симптоматику более чем на 24 часа и включают в себя смерть участка мозговой ткани, геморагию и эмболию. Неврологическая симптоматика должна наблюдаться не менее трех месяцев и должна быть подтверждена врачами-специалистами при наличии типичных клинических симптомов, а также данных компьютерной или магнитно-резонансной томографии головного мозга.

Не покрывается:

- преходящие ишемические нарушения мозгового кровообращения;
- травматические повреждения головного мозга;
- неврологические симптомы, возникающие в результате мигрени;
- лакунарные инсульты без неврологической симптоматики.

Состояния, предшествующие наступлению критического заболевания:

Гипертония, болезни клапанов сердца, преходящие нарушения мозгового кровообращения, гемофилия, легочная эмболия, эмболия любых крупных сосудов, сахарный диабет, сосудистые внутричерепные аневризмы, атеросклероз, артериовенозные пороки развития, фибрилляция предсердий

Субарахноидальное кровоизлияние (САК)

Признаки:

отдельный вид геморрагического инсульта, при котором излитие крови происходит в субарахноидальное (подпаутинное) пространство, в результате разрыва сосудистой аневризмы, посттравматический (из-за механического повреждения сетки сосудов вследствие травмы) появляется субдуральная гематома головного мозга)

Не покрывается:

Врожденные заболевания: синдром Элерса-Данлоса (нарушение синтеза коллагена); факотомоз (нарушение дифференцировки клеток эктодермы в эмбриональном периоде); синдром Марфана (нарушение формирования соединительной ткани); аномалии артериального виллизиева круга головного мозга; коарктация (сужение просвета) аорты; врожденная геморрагическая телеангиэктазия (множественные ангиомы из-за неполноценности сосудистого эндотелия); поликистоз почек; артериовенозные мальформации (клубки беспорядочно переплетенных патологических сосудов).

Состояния, предшествующие наступлению критического заболевания:

- артериальная гипертония;
- гиперхолестеринемия, атеросклероз;
- алкоголизм;
- курение.

Терминальная почечная недостаточность

Признаки:

стадия необратимого хронического нарушения функции обеих почек или единственной почки, сопровождающаяся повышением уровня креатинина в крови от 800 мкмоль/л и выше (от 10,1 мг% и выше) и иными клиническими симптомами и требующая проведения постоянного программного (хронического) гемодиализа или перитонеального диализа или пересадки почки

Состояния, предшествующие наступлению критического заболевания:

Хронический гломерулонефрит, врожденная патология, поликистоз почек, нефропатия, вызванная анальгетиками или повышенным внутрилоханочным давлением (рефлюкс), гипертония, сахарный диабет, системная красная волчанка

Хирургическое лечение заболеваний аорты

Признаки:

непосредственное проведение хирургического вмешательства в целях лечения хронического заболевания аорты посредством иссечения и замены дефектной части аорты трансплантатом (аорто-коронарное шунтирование, ангиопластика). Под термином аорта в данном конкретном случае принято понимать ее грудную и брюшную части, ветви аорты из покрытия исключаются. Аорто-коронарное шунтирование (АКШ) — Рекомендованная и проведенная врачом-кардиохирургом (сосудистым хирургом) операция аортокоронарного шунтирования (операция прямой реваскуляризации миокарда открытым доступом — торакотомией), заключающимися в наложении анастомозов между аортой и участком пораженной коронарной артерии с целью коррекции стеноза или окклюзии одной или нескольких коронарных артерий.

Не покрывается:

- эндоскопические манипуляции;
- ангиопластика (дилатация) коронарных артерий, в том числе с применением лазера;
- прочие интраартериальные техники.

Состояния, предшествующие наступлению критического заболевания:

Гипертония, стенокардия, атеросклероз и болезни коронарных сосудов, загрудинные боли при повышенной физической активности, сахарный диабет, аритмия, патологические изменения на ЭКГ, гиперлипидемия, ожирение

Пересадка клапана сердца

Признаки:

хирургическая замена одного или более пораженных клапанов сердца искусственным клапаном. Определение включает замену аортального, митрального, трикуспидального или пульмонального клапанов сердца их искусственными аналогами вследствие развития стеноза/недостаточности или комбинации этих состояний. Из покрытия исключаются вальвулотомия, вальвулопластика и другие виды лечения, проводимые без пересадки (замены) клапанов.

Слепота

Признаки:

полная, постоянная и необратимая потеря зрения на оба глаза вследствие перенесенного заболевания или несчастного случая. Диагноз должен быть подтвержден врачом-офтальмологом при наличии специальных обследований (ЭФИ, УЗИ и другие)

9. Рассеянный склероз

Признаки:

окончательный диагноз «рассеянный склероз», установленный специалистом-неврологом в сертифицированном медицинском учреждении. В качестве подтверждения диагноза предусматривается наличие типичных симптомов демиелинизации и нарушений моторной и сенсорной функций, наравне с типичными признаками заболевания при магнитно-резонансной томографии. У Застрахованного должны присутствовать неврологические нарушения, проявляющиеся непрерывно в течение минимум шести месяцев, или же Застрахованный должен перенести по меньшей мере два документально подтвержденных обострения подобного рода нарушений (имевших место по крайней мере за один месяц до заявления), или по крайней мере один документально подтвержденный эпизод обострения подобного рода нарушений вместе с наличием характерных изменений в цереброспинальной жидкости, наравне со специфическими повреждениями, регистрируемыми при магнитно-резонансной томографии.

Инфицирование вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) или наличие синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) вследствие переливания крови при условии наличия всех ниже перечисленных обстоятельств

Признаки:

- заражение является прямым следствием переливания крови, произведенным по медицинским показаниям в период после вступления в действие страхового покрытия;
- учреждение, в котором было произведено переливание крови, признает свою ответственность по факту заражения Застрахованного;
- Застрахованное лицо не является большим гемофилией.

ВИЧ-инфекция — инфекционная болезнь, развивающаяся в результате многолетнего персистирования в лимфоцитах, макрофагах и клетках нервной ткани вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) и характеризующаяся медленно прогрессирующим дефектом иммунной системы, который приводит к гибели больного от вторичных поражений, описанных как синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), или от подострого энцефалита.

Диагноз должен быть подтвержден врачами специализированного лечебного учреждения

Доброкачественная опухоль головного мозга

Признаки:

постоянное неврологическое расстройство, развившееся вследствие удаления доброкачественной опухоли головного мозга под общей анестезией, или при неоперабельной опухоли.

Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом, а также результатами компьютерной или магнитно-резонансной томографии. Неврологическая симптоматика должна наблюдаться не менее трех месяцев. Из определения исключаются все кисты, гранулемы, мальформации в области вен и артерий головного мозга, гематомы и опухоли гипофиза или позвоночника.

Кома

Признаки:

состояние бессознательности с отсутствием ответной реакции на окружающие внешние раздражители или внутренние потребности организма, сохраняющееся на протяжении длительного промежутка времени с исключением систем жизнеобеспечения в течение 96 (девятидесяти шести) часов как минимум и имеющее следствием постоянную неврологическую недостаточность

Бактериальный менингит

Признаки:

воспаление оболочек головного и спинного мозга, ведущее к серьезным и постоянным нарушениям, таким как дефицит слуха, припадки, расстройства интеллекта, когнитивный дефицит, расстройства речи, ухудшение зрения, психиатрические расстройства, моторный дефицит.

Точный и окончательный диагноз должен быть подтвержден неврологом в сертифицированном лечебном учреждении. Также должны быть предоставлены результаты специфических анализов для подтверждения серьезности и наличия постоянного характера состояния больного по крайней мере в течение 6 (шести) месяцев.

Трансплантация органов

Признаки:

Перенесение в качестве реципиента трансплантации:

- сердца,
- легкого,
- печени,
- почки,
- поджелудочной железы (исключая трансплантацию только островков Лангерганса),
- костного мозга.

Не покрывается: донорство органов.

Состояния, предшествующие наступлению критического заболевания:

- сердце и сердечно-лёгочный комплекс: болезни коронарных артерий, сердечная недостаточность, кардиомиопатия, гипертония;
- лёгкое: легочная недостаточность, муковисцидоз;
- печень: гепатит В или С, терминальная стадия хронического гепатита, первичный билиарный цирроз печени, алкогольное повреждение печени, аутоиммунный гепатит, тромбоз печёночных вен, нарушения обмена веществ, новообразования, холангит;
- почка: хронический гломерулонефрит, врождённая патология, поликистоз почек, нефропатия, вызванная анальгетиками или повышенным внутрилоханочным давлением (рефлюкс), гипертония, сахарный диабет, системная красная волчанка;
- поджелудочная железа: сахарный диабет, панкреатит, муковисцидоз;
- костный мозг: любые злокачественные новообразования, анемии, лейкопении или тромбоцитопении.

Таблицы размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем или болезнями

Общие положения

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

§ 2. В случае получения Застрахованным нескольких повреждений или увечий (в том числе одной конечности) по одной статье таблицы, страховая выплата производится только по проценту, учитывающему наиболее тяжелое повреждение (большой процент выплаты).

§ 3. В случае проведения Застрахованному нескольких операций, обусловленных полученной травмой или увечьем, выплата осуществляется по наибольшему проценту.

§ 4. В случае получения Застрахованным повреждений или увечий разных конечностей страховая выплата рассчитывается отдельно по каждой поврежденной конечности с соблюдением требований § 2.

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

§ 6. Не производится дополнительная страховая выплата за следующие оперативные вмешательства:

- первичная хирургическая обработка (ушивание краев раны, иссечение некротических участков);
- удаление инородных тел, шовного материала;
- повторные плановые оперативные вмешательства, связанные с удалением ранее установленных фиксирующих пластин, штифтов, шурупов, дренажей.

§ 7. При переломах и вывихах (подвывихах) костей, разрывах сочленений (включая синдесмозы) обязательным условием применения соответствующих статей таблицы является рентгенологическое подтверждение указанных повреждений

§ 8. Страховая выплата в связи с вывихом кости, вправленным медицинским работником без предварительной рентгенографии, может быть произведена только в исключительных случаях — при наличии подтверждающего это медицинского документа, указывающего на причины, по которым не могло быть произведено рентгеновское исследование, содержащего описание объективных симптомов, характерных для конкретного вида вывиха, и методики, применявшейся при его вправлении.

§ 9. Повторные переломы (рефрактуры) одной и той же кости, наступившие в результате травмы, полученной в период действия Договора страхования, дают основание для страховой выплаты только в том случае, если по представленным рентгенограммам будут установлены: 1) сращение отломков кости по окончании лечения предыдущей травмы; 2) наличие новой линии (линий) перелома кости на рентгенограммах, сделанных после повторной травмы.

§ 10. Таблица не применяется и выплаты в соответствии с ней не производятся в тех случаях, когда факт получения того или иного повреждения в период действия Договора страхования установлен только на основании сообщений и жалоб заинтересованных в выплатах лиц, даже если подобные сообщения и жалобы зафиксированы письменно, в том числе в медицинских документах

§ 11. При определении размера страховой выплаты с учетом срока непрерывного лечения, когда это предусмотрено соответствующей статьей таблицы, учитывается только назначенное медицинским работником (имеющим на это право) лечение, длительность которого соответствует (по данным медицинской науки) характеру повреждения, полученного Застрахованным, — с периодическим (не реже одного раза в 10 (десять) дней) контролем эффективности лечения (при назначении на прием или посещении медицинским работником).

§ 12. При патологических переломах и вывихах костей страховая выплата производится только в том случае, если заболевание, послужившее их причиной, развилось и было впервые диагностировано в период действия Договора страхования. Размер страховой выплаты при этом уменьшается на 50% по сравнению с размером, предусмотренным Таблицей для переломов и вывихов здоровых костей (включая выплаты, связанные с их лечением).

§ 13. При определении степени тяжести повреждений Страховщик руководствуется Приказом Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 N 194н (ред. от 18.01.2012) «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 13.08.2008 N 12118):

1. Легкий вред здоровью — простые травмы, (не рассасываемые гематомы, вывихи, подвывихи, простые переломы, перелом ребер, пальцев руки/ноги, повреждения связок и сухожилий, простые сотрясения головного мозга, потеря зубов, легкие повреждения мягких тканей и т.д.), средний срок лечения до 21 дня (включительно), утрата постоянной трудоспособности менее 10%.
2. Средний вред здоровью — травмы средней тяжести, (двойной перелом одной кости, сотрясения головного мозга средней тяжести, разрывы мягких тканей средней сложности, требующие ушивания и т.д.) срок лечения от 22 дней (до 120 дней), утрата постоянной трудоспособности от 10% до 30%.
3. Тяжелый вред здоровью — тяжелые травмы, требующие сложных хирургических вмешательств (сочетанные, двойные переломы, оскольчатые переломы, разрывы внутренних органов, ампутации частей тела и т.д.) срок лечения более 120 дней, утрата постоянной трудоспособности более 30%.

Таблица 1

Размеры страховых выплат в связи с несчастным случаем

п/п	Характер повреждения	Размер выплаты в% от страховой суммы		
		Легкие травмы (до 21 дня лечения)	Травмы средней тяжести (от 22 дней лечения)	Тяжелые травмы (от 120 дней лечения)
1.	Травматические повреждения головы, костей черепа , (переломы костей черепа, внутричерепные гематомы, повреждения головного мозга и т.д.).	10	20	50
2.	Травматические повреждения нервной системы (травматическое, токсическое, гипоксическое) в результате травм головы, спины, туловища, конечностей.	15	40	70
3.	Травматические повреждения глаза (ранения, контузия глазного яблока, ожоги, потеря зрения, смещение хрусталика, перелом орбиты (глазницы) и т.д.).	5	25	50
4.	Травматические повреждения органов слуха (утрата частей уха, травматические повреждения барабанной перепонки, посттравматическое снижение слуха, посттравматический отит и т.д.).	5	15	30

п/п	Характер повреждения	Размер выплаты в% от страховой суммы		
		Легкие травмы (до 21 дня лечения)	Травмы средней тяжести (от 22 дней лечения)	Тяжелые травмы (от 120 дней лечения)
5.	Травматические повреждения органов дыхательной системы (перелом носа, повреждения грудной клетки и ее органов, проникающие ранения грудной клетки и ее органов, повреждения гортани, трахеи).	5	10	20
6.	Травматические повреждения сердечно-сосудистой системы (сердца, повлекшие сердечную недостаточность, крупных периферических сосудов).	10	20	25
7.	Травматические повреждения органов пищеварения (переломы челюстей, повреждения языка, зубов, ранения и ожоги глотки, ранения, ожоги органов пищеварения, случайные отравления, травмы ЖКТ, повлекшие разрывы органов, удаления органов и т.д.).	10	30	55
8.	Травматические повреждения моче-половой системы (ушибы почки, удаления частей органов МПС, ранения, разрывы, ожоги, отморожения и т.д.).	10	30	50
9.	Травматические повреждения мягких тканей, сухожилий связок (ранения, разрывы, не рассосавшиеся гематомы и т.д.).	5	20	35
10.	Травматические повреждения позвоночника (переломы, вывихи, подвывихи позвонков, суставных отростков, крестца, копчика, разрыв межпозвонковых связок).	5	15	30
11.	Травматические повреждения верхних конечностей (переломы лопатки, ключицы, сочленений, повреждения области плечевых суставов и плечевого пояса, переломы плечевой кости, ампутации, повреждения локтевого сустава, переломы лучевой кости, предплечья, лучезапястных суставов, кисти, пальцев).	10	30	65
12.	Травматические повреждения нижних конечностей (переломы костей таза, бедра, голени, лодыжки, стопы, повреждения суставов (тазобедренных, коленных, голеностопных), вывихи, повреждения сухожилий, ампутации).	10	35	70
13.	Случайные острые отравления, асфиксии, поражение электротоком, укусы ядовитых змей, укусы животных, укусы насекомых, повлекших тяжелые аллергические реакции, столбняк, ботулизм.	5	10	15
14.	Укус клеща и его последствия (удаление клеща, лабораторная диагностика, вакцинирование противоклещевого иммуноглобулина, экстренная профилактика боррелиоза (болезни Лайма), послепрививочный энцефалит (энцефаломиелит), клещевой энцефалит, хроническое течение болезни, осложнения в тяжелых формах с последующей смертью)	6	30	100
15.	Травматические повреждения в результате огнестрельных ранений и взрывных травм.	15	35	60
16.	Травматические повреждения в результате ожогов.	15	30	60
17.	Травматические повреждения в результате обморожений.	10	20	35
18.	Проведение хирургических операций при травмах	20	40	75
19.	Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая (при амбулаторном лечении) выплата за день. Примечание: период ожидания — 3 мес., выплата производится с 1 дня начала амбулаторного лечения и не более 30 дней, 1 (один) раз в течение действия договора страхования. Только для договоров страхования сроком 12 месяцев, если иное не установлено договором страхования.		100 руб.	
20.	Экстренная госпитализация в результате несчастного случая, выплата за день в% от лимита страховой суммы. Примечание: выплата производится с 1 дня госпитализации и не более чем за 30 дней госпитализации.		1	
21.	Плановая госпитализация в результате несчастного случая, выплата за день в % от лимита страховой суммы. Примечание: период ожидания — 3 мес., выплата производится с 1 дня госпитализации и не более за 30 дней госпитализации, 1 (один) раз в течение действия договора страхования.		0,5	

Таблица 2

Критические заболевания

	Критические заболевания в соответствии с Приложением 1	Выплата в % от страховой суммы
1.	Рак, угрожающий жизни; Инсульт, Инфаркт миокарда	50
2.	Доброкачественная опухоль головного мозга, Кома, Бактериальный менингит, Субарахноидальное кровоизлияние	80
3.	Терминальная почечная недостаточность, Хирургическое лечение заболеваний аорты, Пересадка клапана сердца.	100
4.	Рассеянный склероз, Инфицирование вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) или наличие синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) вследствие переливания крови, Слепота, Трансплантация органов	100

Таблица 3

Иные заболевания

	Заболевание	Выплата в % от лимита
1.	Экстренная госпитализация при осложнении беременности на сроке до 24 недель (патологические роды, выкидыш или внематочная беременность (только непредвиденная, внеплановая, экстренная полостная операция, приведшая к удалению органов матки, обеих или единственной трубы, яичников), период ожидания — 3 мес.	30%
2.	Хирургическая операция при аппендиците (аппендэктомия). Период ожидания — 3 мес.	30%

Декларация страхователя

Акцентом страхового полиса Страхователь подтверждает, что:

На момент заключения договора страхования у него не были диагностированы заболевания и/или предшествующие состояния, и/или симптомы, а именно:

1. Травмы, инвалидность в результате несчастного случая.
2. Любой тип злокачественных заболеваний (опухоли, лимфомы, лейкоз), любой тип опухоли головного мозга, любые злокачественные новообразования костного мозга, анемии, лейкопении или тромбопении.
3. Любые предраковые состояния (папилломы мочевого пузыря, полипоз кишечника, болезнь Крона, язвенный колит, гематурия, стул с кровью, кровохарканье, лимфаденопатия, спленомегалия, кахексия).
4. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), хронический бронхит, легочная недостаточность, муковисцидоз.
5. Гипертония, стенокардия, атеросклероз и болезни коронарных сосудов, загрудинные боли при повышенной физической активности, сердечная недостаточность, кардиомиопатия, сахарный диабет, аритмия, патологические изменения на ЭКГ, гиперлипидемия, ожирение.
6. Инфаркт миокарда, инсульт, субарахноидальное кровоизлияние (САК), болезни клапанов сердца, переходящие нарушения мозгового кровообращения, гемофилия, лёгочная эмболия, эмболия любых крупных сосудов, сосудистые внутричерепные аневризмы, артериовенозные пороки развития, фибрилляция предсердий.
7. Артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, атеросклероз, алкоголизм.
8. Терминальная почечная недостаточность, хронический гломерулонефрит, врождённая патология, поликистоз почек, нефропатия, вызванная анальгетиками или повышенным внутрилоханочным давлением (рефлюкс), системная красная волчанка.
9. Гепатит В или С, терминальная стадия хронического гепатита, первичный билиарный цирроз печени, алкогольное повреждение печени, аутоиммунный гепатит, тромбоз печёночных вен, нарушения обмена веществ, новообразования, холангит, панкреатит.
10. ВИЧ, СПИД.
11. Слепота.
12. Рассеянный склероз, тяжелые травмы головы, кома, бактериальный менингит.
13. Ранее не проводились: пересадка клапана сердца, аорто-коронарное шунтирование, ангиопластика.

Так же подтверждаю, что если на дату заключения договора страхования у Страхователя/Застрахованного лица диагностировано одно или несколько из вышеуказанных состояний, то Страхователь/Застрахованное лицо уведомлен о том, что данные состояния в период действия договора страхования не являются страховыми случаями и страховая выплата по ним не производится.