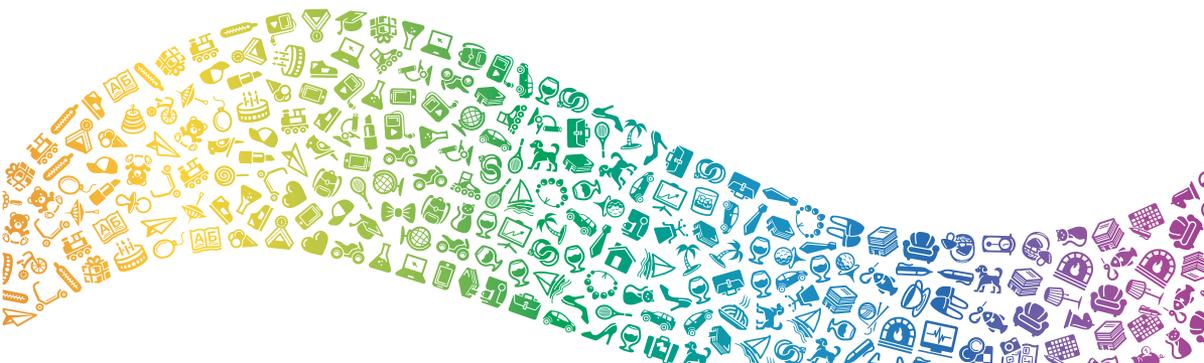




**ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ
МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ
ПРИ ВЫЕЗДЕ ЗА ГРАНИЦУ**



ТЕЛЕФОНЫ КРУГЛОСУТОЧНЫХ СЕРВИСНЫХ ЦЕНТРОВ В СЛЕДУЮЩИХ СТРАНАХ:

Порядок дозвона в Сервисный центр в Турции:

При звонках со стационарного телефона, находясь в Турции, в Анталийской области: **310 28 48**.

При звонках со стационарного телефона, находясь в Турции, за пределами Анталийской области и с мобильного телефона, при использовании линии турецкого оператора сотовой связи: **0 242 310 28 48**.

При звонках с мобильного телефона, находясь в роуминге: **+90 242 310 28 48**.

Телефонный номер **0800 511 03 32** (бесплатный), звонок возможен только со стационарного телефона!

Порядок дозвона в Сервисный центр в АРЕ (Египет):

При звонках со стационарного телефона, находясь в АРЕ, и с мобильного телефона, при использовании линии египетского оператора сотовой связи: **02 241 37 302**.

При звонках с мобильного телефона, находясь в роуминге: **+2 02 241 37 302**.

Порядок дозвона в Сервисный центр в Болгарии:

При звонках со стационарного телефона, находясь в Болгарии, и с мобильного телефона, при использовании линии болгарского оператора сотовой связи: **02 492 54 78** или **0 888 87 79 79**.

При звонках с мобильного телефона, находясь в роуминге: **+359 2 492 54 78** или **+359 888 87 79 79**.

Порядок дозвона в Сервисный центр по номеру в Испании:

При звонках со стационарного телефона, находясь в Испании: **900 123 483**.

При звонках с мобильного телефона, при использовании линии российского оператора сотовой связи: **+34 91 298 6448**.

Порядок дозвона в Сервисный центр по номеру в Андорре:

При звонках со стационарного телефона, находясь в Андорре: **0034 91 298 64 31**.

При звонках с мобильного телефона, при использовании линии российского оператора сотовой связи: **+34 91 298 64 31**.

Порядок дозвона в Сервисный центр по номеру в Италии:

При звонках со стационарного телефона, находясь в Италии: **0034 91 298 64 32**.

При звонках с мобильного телефона, при использовании линии российского оператора сотовой связи: **+34 91 298 64 32**.

Порядок дозвона в Сервисный центр по номеру в Доминиканской республике и на Кубе:

При звонках со стационарного телефона, находясь в Доминиканской республике и на Кубе: **0034 91 298 64 33**.

При звонках с мобильного телефона, при использовании линии российского оператора сотовой связи: **+34 91 298 64 33**.

ТЕЛЕФОНЫ КРУГЛОСУТОЧНЫХ СЕРВИСНЫХ ЦЕНТРОВ В ДРУГИХ СТРАНАХ:

Единые телефоны в других странах:

+7 (495) 921 46 61 (Moscow); + 44 20 351 944 94 (London)

В случае невозможности дозвониться по указанным телефонам, информацию о страховом случае можно отправить письмом по электронной почте на адрес: tur@smileassistance.com.

ОТКРЫТОЕ СТРАХОВОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО «ИНГОССТРАХ»

Утверждены
«03» марта 2014 года

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ ПРИ ВЫЕЗДЕ ЗА ГРАНИЦУ

1. Преамбула

Правила страхования медицинских расходов при выезде за границу (далее — Правила) разработаны в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и являются неотъемлемой частью договора страхования медицинских расходов при выезде за границу. Договор страхования может содержать другие условия, определяемые по соглашению сторон.

В рамках настоящих Правил Страховщик осуществляет добровольное страхование, относящееся согласно принятой в законодательстве классификации к виду медицинское страхование.

2. Субъекты страхования

2.1. ОСАО «Ингосстрах» является Страховщиком и заключает договоры страхования медицинских расходов граждан, выезжающих за границу России (далее по тексту — за границу).

Страховщик — страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном законом порядке.

2.2. По договору страхования Страхователями могут быть юридические и дееспособные физические лица.

2.3. Страхователи вправе заключать договоры страхования в отношении третьих лиц (Застрахованных). В случае если договор заключен Страхователем в отношении себя лично, на него распространяются права и обязанности Застрахованного.

Застрахованными по настоящим Правилам могут быть только физические лица.

3. Объект страхования

Объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предусмотренных договором, в том числе транспортных, вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их, а кроме того имущественные интересы, связанные с оплатой организации репатриации Застрахованного или его трупа, в период пребывания Застрахованного лица на территории иностранного государства, указанного в договоре страхования, в период его действия, обозначенного в договоре страхования как начало и конец поездки.

4. Страховой риск. Страховой случай

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

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

4.3. Страховым случаем по настоящим Правилам является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

4.4. Страховыми случаями признаются внезапное заболевание, несчастный случай, в том числе повлекшие смерть Застрахованного, при условии, что указанные события произошли во время пребывания Застрахованного на территории страны, указанной в договоре страхования, в период его действия и повлекли необходимость обращения за медицинскими услугами и/или возникновение расходов на оплату медицинской помощи, осуществление репатриации и/или оказание иных услуг, предусмотренных договором страхования, в том числе транспортных.

4.5. Внезапным заболеванием считается болезнь, возникшая неожиданно во время действия страхового полиса, не являющаяся следствием хронического заболевания и/или заболевания, имевшегося до начала срока страхования, независимо от того, осуществлялось ли по ним лечение или нет, и требующая неотложного медицинского вмешательства.

4.6. Под несчастным случаем подразумевается внезапное кратковременное внешнее событие, повлекшее за собой травму, или иное расстройство здоровья, или смерть Застрахованного.

4.7. События, указанные в п.п. 4.4 Правил не являются страховыми случаями, если они возникли или получены при употреблении алкогольсодержащих, наркотических, токсических средств и иных психоактивных веществ (наличие признаков употребления алкогольсодержащих, наркотических, токсических средств может быть отражено в медицинских заключениях/рапортах, зафиксировано в показаниях свидетелей и иных документах, относящихся к произошедшему событию) и/или по причине нахождения застрахованного под воздействием алкогольсодержащих, наркотических, токсических средств и иных психоактивных веществ, что может быть отражено в медицинских заключениях/рапортах, зафиксировано в показаниях свидетелей и иных документах, относящихся к произошедшему событию.

4.8. Если иное не установлено договором страхования, события, указанные в п.п. 4.4 Правил не признаются (являются) страховыми случаями, если они произошли в связи с:

4.8.1. самоубийством (покушением на самоубийство) Застрахованного, за исключением случаев, когда к моменту наступления смерти договор страхования действовал уже не менее двух лет;

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

4.8.3. стихийными бедствиями и их последствиями, эпидемиями, карантинном, метеослужбиями;

4.8.4. умышленными действиями Застрахованного и/или заинтересованных третьих лиц, направленными на наступление страхового случая;

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

4.8.6. полетом Застрахованного на летательном аппарате, управлением им, кроме случаев полета в качестве пассажира на самолете гражданской авиации, управляемом профессиональным пилотом;

4.8.7. полетом Застрахованного на безмоторных летательных аппаратах, моторных планерах, сверхлегких летательных аппаратах, а также прыжками с парашютом и полетами на парашюте;

4.8.8. военными действиями и их последствиями, народными волнениями, забастовками, восстаниями, мятежами, массовыми беспорядками, актами терроризма и их последствиями;

4.8.9. службой Застрахованного в любых вооруженных силах и формированиях;

4.8.10. занятием Застрахованным профессиональным, любительским или организованным спортом, в том числе: рафтингом, водными лыжами, серфингом, верховой ездой, катанием на горных лыжах, на сноуборде и т.п.;

4.8.11. управлением моторными транспортными средствами (за исключением автомобиля) и/или ездой на моторных транспортных средствах в качестве пассажира, в том числе и водными (водными скутерами, мотороллерами, мопедами, скутерами, яхтами и пр.)

4.8.12. занятием Застрахованным экстремальными видами спорта, в том числе: альпинизмом, скалолазанием, дайвингом, катанием на горных лыжах и/или сноуборде вне специально оборудованных и предназначенных для этого трасс и т.д.

4.9. Если иное не установлено договором, события, указанные в п.п. 4.4. Правил не признаются (являются) страховыми случаями, если поездка предпринята:

4.9.1. для занятий деятельностью, связанной с повышенной опасностью (в том числе в качестве шахтера, строителя, электромонтажника и т.п.);

4.9.2. с целью получить лечение. При этом Страховщик не возмещает расходы на лечение, которое является целью поездки, а также расходы, вызванные ухудшением состояния здоровья или смертью Застрахованного в связи с этим лечением.

4.10. Если иное не установлено договором страхования, события указанные в п. 4.4 Правил не признаются страховыми случаями, если они связаны с:

4.10.1. хроническими заболеваниями, независимо от того знало ли о них застрахованное лицо и/или осуществлялось ли по ним лечение или нет;

4.10.2. заболеваниями, имевшимися до начала срока страхования, а также состояниями и/или осложнениями, возникшими вследствие имевшейся ранее патологии, независимо от того знало ли о них застрахованное лицо и/или осуществлялось ли по ним лечение или нет (в том числе связанные с образованием конкрементов, язв и пр.);

4.10.3. со злокачественными и доброкачественными новообразованиями вне зависимости от того, знало ли застрахованное лицо о данном заболевании до поездки или нет;

4.10.4. психическими заболеваниями и состояниями, судорожными состояниями, эпилепсией (первичной и симптоматической), неврозами (панические атаки, депрессии, истерические синдромы и т. п.);

4.10.5. венерическими заболеваниями, заболеваниями, передаваемыми половым путем, наличием у Застрахованного ВИЧ-инфекции, СПИДа и любых форм гепатита и их последствиями (осложнениями);

4.10.6. с ведением беременности и/или ее прерыванием вне зависимости от срока;

4.10.7. с патологическим протеканием беременности, осложнениями при беременности и/или ее прерыванием вне зависимости от срока;

4.10.8. с передозировкой и/или неправильным применением лекарственных средств, а также с индивидуальной непереносимостью организма принятых препаратов и/или их отдельных компонентов.

4.11. По дополнительному соглашению Сторон, оговоренному в договоре страхования, и при условии уплаты дополнительной премии, страховыми случаями по настоящим Правилам могут признаваться события, указанные в п.п. 4.7, 4.8.3, 4.8.6–4.8.11, 4.9, 4.10.1–4.10.2, 4.10.4, 4.10.7, 4.10.8, а также Страховщиком могут быть покрыты расходы, указанные в п.п. 5.1.9, 5.1.11, 6.1.1–6.1.3, 6.1.7, 6.1.22, 6.1.23; 6.1.30, 6.1.31.

5. Расходы, покрываемые Страховщиком

5.1. При наступлении страхового случая Застрахованный информирует Сервисный Центр, если необходимость такого обращения предусмотрена договором страхования (страховым полисом) и/или настоящими Правилами, заблаговременно, до обращения (визита) в медицинское учреждение. В этом случае Сервисный центр организует оказание услуг, предусмотренных договором страхования, а Страховщик оплачивает данные услуги. При этом Страховщик не несет ответственность за качество услуг, оказанных третьими лицами (медицинскими учреждениями, транспортными компаниями и пр.).

Под Сервисным Центром в смысле настоящих Правил понимается специализированная организация (компания), реквизиты которой указаны в договоре страхования (страховом полисе) Застрахованного, которая по поручению Страховщика круглосуточно обеспечивает организацию услуг, предусмотренных настоящими Правилами. Медицинская помощь оказывается Застрахованному в соответствии с режимом работы местных лечебных учреждений/врачей и регламентом работы служб скорой помощи. Сервисный Центр вправе рекомендовать Застрахованному (его представителю) самостоятельно и за свой счет обратиться за получением необходимой медицинской помощи, в том числе и с привлечением местных служб скорой помощи. По настоящим Правилам Страховщик в соответствии с договором страхования оплачивает специализированным организациям (компаниям), организующим и осуществляющим указанные ниже мероприятия, или непосредственно Застрахованному при предоставлении документов об осуществлении им соответствующих выплат следующие расходы:

А. Медицинские расходы, а именно:

5.1.1. по пребыванию и лечению в стационаре (в палате стандартного типа), при необходимости экстренной госпитализации, включая расходы на врачебные услуги, на проведение операций, диагностических исследований, а также по оплате назначенных врачом медикаментов, перевязочных средств и средств фиксации (гипс, бандаж);

5.1.2. по амбулаторному лечению, включая расходы на врачебные услуги, диагностические исследования, назначенные врачом медикаменты, перевязочные средства и средства фиксации (гипс, бандаж);

5.1.3. на осмотр, экстренное лечение и медикаменты при остром воспалении зуба и окружающих зуб тканей, а также при травме зуба в результате несчастного случая.

Б. Медико-транспортные расходы, а именно:

5.1.4. по эвакуации (транспортировке автомашиной «скорой помощи» или иным транспортным средством) с места происшествия в ближайшее медицинское учреждение или к нахо-

дающемуся в непосредственной близости врачу при угрозе жизни и/или когда Застрахованный не может самостоятельно передвигаться ввиду тяжести полученной травмы, а также при переводе в другое медицинское учреждение, предписанное лечащим врачом и подтвержденном заключением врача Страховщика/Сервисного Центра;

5.1.5. по **экстренной медицинской репатриации** адекватным транспортным средством, включая расходы на сопровождающее лицо (если такое сопровождение предписано врачом) из-за границы до транспортного узла (аэропорта, вокзала, порта) города, где Застрахованный постоянно проживает, или до ближайшего медицинского учреждения по месту жительства (если это предписано врачом). Указанные расходы возмещаются при условии отсутствия в стране временного пребывания возможностей для предоставления требуемой медицинской помощи и/или, если Застрахованному требуется проведение отложенной (плановой) операции.

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 оговоренной в договоре страхования страховой суммы. При этом Страховщик не возмещает расходы, связанные с получением медицинской и иной помощи, возникшие после возвращения к месту постоянного жительства;

5.1.6. по **медицинской репатриации** Застрахованного из-за границы до транспортного узла (аэропорта, вокзала, порта) города, где Застрахованный постоянно проживает, или до ближайшего медицинского учреждения по месту жительства (если это предписано врачом) в случае, когда расходы по пребыванию в стационаре могут превысить установленный в договоре страхования лимит. **Медицинская репатриация** проводится только при отсутствии медицинских противопоказаний. Расходы по медицинской репатриации покрываются в пределах оговоренной в договоре страхования страховой суммы. При этом Страховщик не возмещает расходы, связанные с получением медицинской и иной помощи, возникшие после возвращения к месту постоянного жительства.

В. Транспортные расходы, а именно:

5.1.7. расходы Застрахованного на проезд до транспортного узла (аэропорта, вокзала, порта) города, где Застрахованный постоянно проживает, в один конец экономическим классом, расходы на проезд до транспортного узла (аэропорта, вокзала) в стране временного пребывания, у которого есть прямое международное сообщение с населенным пунктом в стране постоянного жительства Застрахованного. Указанные расходы возмещаются в случае если отъезд Застрахованного не состоялся вовремя, т.е. в день, указанный в проездных документах, находящихся на руках у Застрахованного, по причине наступления страхового случая, повлекшего необходимость пребывания Застрахованного на стационарном лечении. Застрахованный обязан сделать все от него зависящее, чтобы вернуть (сдать) неиспользованные проездные документы и возместить их стоимость Страховщику. При несоблюдении данного условия Страховщик вправе вычесть из суммы возмещения расходов Застрахованного стоимость неиспользованных проездных документов;

5.1.8. расходы по проезду в один конец экономическим классом детей, находящихся при Застрахованном во время пребывания за границей, в страну их постоянного проживания в случае, если дети остались без присмотра в результате произошедшего с Застрахованным страхового случая. При необходимости Страховщик организует и оплачивает сопровождение детей;

5.1.9. расходы по проезду в оба конца экономическим классом (из страны постоянного проживания и обратно) одного родственника Застрахованного, если срок госпитализации Застрахованного, путешествующего в одиночку, превысил 10 (десять) дней (если в договоре страхования не установлен иной срок). При этом расходы по пребыванию родственника за границей Страховщиком не покрываются.

Г. Расходы по посмертной репатриации, а именно:

5.1.10. расходы, санкционированные Сервисным Центром, по **посмертной репатриации** тела до места, где постоянно проживал Застрахованный, если его смерть наступила в результате страхового случая. Расходы по **посмертной репатриации** покрываются в пределах оговоренной в договоре страхования суммы. При этом Страховщик не оплачивает расходы на ритуальные услуги. Если Страховщик в силу объективных причин не был своевременно уведомлен о произошедшем событии и не организовывал репатриацию останков, а ее оплатили иные лица — Страховщик вправе возместить им соответствующие расходы в пределах Правил страхования. При этом Страховщик вправе осуществить компенсацию понесенных затрат частично, исходя из средней стоимости репатриации в данном регионе представленной Сервисным Центром, если несогласованные действия привели к увеличению расходов Страховщика.

Д. Содействие в организации юридической консультации (если это предусмотрено договором).

5.1.11. В случае необходимости и если это предусмотрено договором страхования, Сервисный Центр Страховщика оказывает Застрахованному лицу помощь в получении консультации юриста, а также при расследовании уголовных и гражданских дел во время пребывания Застрахованного на территории иностранного государства, указанного в договоре страхования, в период его действия. При этом все расходы за предоставленные юридические услуги несет Застрахованное лицо. За качество правовой (юридической) помощи, предоставляемой Застрахованному, несет ответственность непосредственно лицо, оказавшее Застрахованному правовую (юридическую) помощь.

5.2. Экстренная медицинская помощь (п.п. 5.1.1–5.1.3 Правил) оказывается Застрахованным медицинским учреждением, рекомендованным Страховщиком/Сервисным Центром.

5.3. Способы транспортировки Застрахованного (п.п. 5.1.4–5.1.9 Правил) определяются Страховщиком/Сервисным Центром с учетом медицинских показаний. При этом Страховщик не несет ответственности в случае несоблюдения перевозчиком расписания движения.

6. Расходы, не покрываемые Страховщиком

6.1. Если иное не установлено договором страхования Страховщик не покрывает следующие расходы:

6.1.1. связанные с лечением хронических заболеваний, а также заболеваний, известных или существующих к моменту заключения договора страхования, независимо от того, осуществлялось по ним лечение или нет (в том числе связанные с образованием конкрементов, язв и пр.);

6.1.2. вызванные ухудшением состояния здоровья или смертью Застрахованного, связанными с лечением, которое Застрахованный проходил до начала страхования и/или вызванное применением лекарственных препаратов, которые не были назначены врачом, направленным СЦ, а также в случае, если поездка была противопоказана Застрахованному по состоянию здоровья;

6.1.3. на купирование и лечение судорожных состояний и их последствий, нервных и психических заболеваний, неврозов;

6.1.4. на диагностические манипуляции (в том числе консультации и лабораторные исследования) без последующего лечения; на контрольные осмотры, консультации лабораторные и диагностические исследования;

6.1.5. на ангиографию, а также расходы, связанные с операциями на сердце и сосудах, в том числе ангиопластику, стентирование, шунтирование и др. даже при наличии медицинских показаний к их проведению; в случае невозможности выделить из общего счета стоимость вышеуказанных манипуляций их стоимость принимается равной двум дням госпитализации (день проведения операции и последующий) и вычитается из суммы итогового счета за госпитализацию;

6.1.6. на лечение онкологических заболеваний;

6.1.7. на лечение солнечных ожогов и иных острых изменений кожного покрова, вызванных воздействием ультрафиолетового излучения;

6.1.8. на получение Застрахованным медицинских услуг, не связанных с внезапным заболеванием или несчастным случаем; на профилактические мероприятия и общие медицинские осмотры;

6.1.9. на лечение ВИЧ-инфекции, а также заболеваний, являющихся ее следствием;

6.1.10. связанные с консультациями и обследованиями во время протекания беременности, консультациями, обследованиями и лечением осложнений беременности (патологической беременности) вне зависимости от ее сроков, а также родовспоможением и послеродовым уходом за ребенком;

6.1.11. на лечение заболеваний, передающихся преимущественно половым путем, а также заболеваний, являющихся их следствием;

6.1.12. связанные с пластической и восстановительной хирургией, трансплантологией (пересадкой органов), и всякого рода протезированием, включая зубное, глазное, ортопедическое, а также стоимость протезов, эндопротезов, имплантатов (в том числе наборов ангиографии, ангиопластики и стентирования, электрокардиостимуляторов и др.);

6.1.13. на оказание стоматологической помощи, кроме расходов на осмотр, экстренное лечение и медикаменты при остром воспалении зуба и окружающих зуб тканей, а также при травме зуба в результате несчастного случая;

6.1.14. связанные с предоставлением услуг, не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения, или с лечением, не назначенным врачом;

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

6.1.16. на лечение методами мануальной терапии, рефлексотерапии (акупунктуры), хиропрактики, массажа, гомеопатии, фито- и натуротерапии и т. п.;

6.1.17. по лечению Застрахованного и/или уходу за ним, осуществляемыми его родственниками, а также расходы, связанные с обеспечением пребывания родственников Застрахованного, обусловленного его лечением и последующим возвращением в страну постоянного пребывания;

6.1.18. связанные с оказанием услуг медицинским учреждением, не имеющим соответствующей лицензии, либо лицом, не имеющим права на осуществление медицинской деятельности;

6.1.19. связанные с оказанием транспортных и иных услуг и не подтвержденные соответствующими документами (счет, квитанция, чек);

6.1.20. на реабилитацию, восстановительное лечение и физиотерапию;

6.1.21. на проведение курса лечения на курортах, в санаториях, пансионатах, домах отдыха и других подобных учреждениях, а также на лечение заболеваний, являющихся следствием этого лечения и/или осуществление репатриации, в том числе и посмертной;

6.1.22. на проведение дезинфекции, вакцинации (в том числе вакцинация при наступлении страхового случая против бешенства, энцефалита и пр.);

6.1.23. на проведение плановых операций и госпитализаций, даже если указанные мероприятия связаны с произошедшим страховым случаем;

6.1.24. на проведение врачебных экспертиз, лабораторных и диагностических исследований, не связанных с несчастным случаем или внезапным заболеванием;

6.1.25. связанные с предоставлением дополнительного комфорта, а именно: палаты типа «люкс», телевизора, телефона, кондиционера, увлажнителя, услуг парикмахера, массажиста, косметолога, переводчика и т.д.;

6.1.26. которые имели место после возвращения Застрахованного в страну постоянного проживания, а также после прекращения действия договора страхования;

6.1.27. по стационарному лечению, медико-транспортные, транспортные расходы, расходы по посмертной репатриации, не санкционированные Сервисным Центром; Страховщик вправе оплатить такие расходы полностью или частично, если сочтет причины необращения в Сервисный Центр объективными;

6.1.28. связанные с диагностированием и лечением серных пробок;

6.1.29. на лечение в барокамере;

6.1.30. расходы, возникшие в результате добровольного отказа Застрахованного от эвакуации в страну постоянного проживания в тех случаях, когда она разрешена по медицинским показаниям (п. 5.1.5);

6.1.31. транспортные, медико-транспортные и расходы по посмертной репатриации, если наступившее событие связано с хроническими заболеваниями, а также заболеваниями, известными или существующими к моменту заключения договора страхования, независимо от того, осуществлялось по ним лечение или нет;

6.1.32. расходы, превышающие установленные страховые суммы;

6.1.33. несогласованные с СЦ расходы, если договором страхования предусмотрено обязательное обращение в СЦ. Страховщик вправе оплатить такие расходы полностью или частично, если сочтет причины необращения в Сервисный Центр объективными.

6.2. Если в договоре страхования предусмотрена безусловная франшиза (сумма, которая оплачивается Застрахованным врачу/медицинскому учреждению и не возмещается Страховщиком), то она действует при оплате расходов по каждому страховому случаю. В случае когда все расходы по страховому случаю были оплачены Застрахованным/Страхователем, а в договоре страхования предусмотрена безусловная франшиза, Страховщик выплачивает страховое возмещение за вычетом данной суммы (франшизы).

7. Страховая сумма. Страховая премия (страховые взносы). Страховой тариф. Порядок определения. Франшиза

7.1. Страховая сумма — денежная сумма, которая определена в порядке, установленном федеральным законом и/или договором страхования при его заключении и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон. Общая

сумма выплат за один или несколько страховых случаев, происшедших в период действия договора страхования, не может превышать размера страховой суммы, указанной в страховом полисе.

7.2. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику (его уполномоченному представителю) в порядке и в сроки, установленные договором страхования. Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных валютным законодательством Российской Федерации и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования.

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

Страховой тариф — ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска. Конкретный размер страхового тарифа определяется по соглашению сторон на основании базовых тарифов Страховщика, с учетом повышающих или понижающих коэффициентов.

В случае принятия Страховщиком решения о страховании лиц, осуществляющих деятельность, связанную с повышенной опасностью, в том числе предусмотренную п.п. 4.8.6–4.8.11, 4.9.1–4.9.2 Правил и/или принятия решения о расширении покрытия, предусмотренного п. 4.11 и 8.3 Правил, а также решения о страховании рисков, указанных в п. 4.8.3, 4.8.9 настоящих Правил, а также лиц в возрасте моложе 12 лет (если иное не установлено договором страхования) и старше 65 лет — размер страховой премии устанавливается в соответствии с повышающими коэффициентами Страховщика.

7.4. Размер страховой премии указывается в договоре страхования (страховом полисе) или счете на оплату страховой премии, являющимся неотъемлемой частью договора страхования.

7.5. Страховая премия вносится Страхователем разовым платежом за весь период страхования, если договором не предусмотрено иное.

7.6. Оплата страховой премии может производиться в безналичной форме или наличными деньгами. Страховая премия считается уплаченной: при безналичной форме — с даты поступления страховой премии на расчетный счет Страховщика; при уплате наличными деньгами — с момента уплаты страховой премии в кассу Страховщика (по квитанции его полномочному представителю).

7.7. Страховая премия по соглашению сторон и в соответствии с действующим законодательством РФ может устанавливаться как в российских рублях, так и в валютном эквиваленте. Страховая премия, установленная в валютном эквиваленте, уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка РФ на день платежа, если иной курс не установлен соглашением сторон. В случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ, страховая премия может уплачиваться в иностранной валюте (валютном эквиваленте).

7.8. Если иного не предусмотрено соглашением сторон, страховая премия должна быть уплачена до получения договора страхования (полиса) Страхователем, но не позднее 5 (пяти) рабочих дней с даты подачи заявления о заключении договора страхования.

7.9. В случае неуплаты страховой премии на условиях, установленных договором страхования, договор страхования считается не вступившим в силу и не влечет каких-либо последствий для его сторон (если договором страхования не предусмотрено иное).

7.10. Под франшизой понимается часть убытков, которая определена федеральным законом и/или договором страхования, не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

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

Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

8. Действие договора страхования

8.1. Договор страхования заключается на срок пребывания Застрахованного за границей России, но не более одного года, если иное не предусмотрено договором страхования.

8.2. Если договор страхования предусматривает многократные поездки Застрахованного за границу в течение страхового периода, то Страховщик несет ответственность только в пределах определенного количества дней, обозначенного в договоре страхования. При каждом выезде на территорию действия договора страхования указанное количество дней автоматически уменьшается на количество дней, проведенное в стране действия договора страхования. Ответственность Страховщика прекращается по истечению оговоренного в договоре страхования лимита.

8.3. Если договор страхования сроком на один год и менее предусматривает многократные поездки Застрахованного за границу, то покрытие распространяется на первые 90 дней каждой поездки, если иное не предусмотрено в договоре страхования. При этом под поездкой понимается непрерывное пребывание Застрахованного на территории действия договора страхования с момента выезда за пределы Российской Федерации (отметка пограничных служб в заграничном паспорте) и до момента возвращения Застрахованного на территорию Российской Федерации и/или выезда Застрахованного за пределы территории действия договора страхования не менее чем на 7 календарных дней (если иное не предусмотрено договором страхования).

8.4. Договор страхования не действует в той стране, где Застрахованный имеет вид на жительство (иной документ его заменяющий) и/или гражданином которой он является и/или прекращает свое действие после получения клиентом вида на жительство (иного документа его заменяющего) и/или гражданства страны выезда.

8.5. Договор страхования вступает в силу в 00.00 часов дня, следующего за днем заключения договора страхования, но не ранее дня уплаты Страхователем страховой премии за весь период страхования и только после пересечения Застрахованным государственной границы страны выезда (отметка пограничных служб в заграничном паспорте), если иное не предусмотрено в договоре страхования. При этом днем заключения договора страхования считается дата выдачи полиса или дата подписания договора, если договор страхования заключен в форме составления одного документа.

8.6. Если к моменту окончания срока действия договора страхования возвращение Застрахованного из-за границы невозможно в связи с госпитализацией, вызванной страховым случаем, что подтверждается соответствующим медицинским заключением, Страховщик выполняет свои обязанности в рамках настоящих Правил, связанные с данным страховым случаем в течение

ние 4-х (четырёх) недель, считая со дня, указанного в полисе как срок окончания действия договора страхования.

9. Порядок заключения и исполнения договора страхования

9.1. Для заключения договора страхования Страхователь обращается к Страховщику (его уполномоченному представителю) с устным или письменным заявлением о своем намерении заключить договор страхования и передает следующие данные:

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

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

9.1.3. планируемые даты начала и окончания пребывания за границей, количество дней, в течение которых будет действовать договор страхования;

9.1.4. страны, на территории которых должен действовать договор страхования;

9.1.5. цель поездки;

9.1.6. профессия и род предполагаемой деятельности, если Застрахованный выезжает за границу для работы;

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

9.1.8. страховая сумма;

9.1.9. выбранные условия и программа страхования;

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

9.1.11. информация о Выгодоприобретателе.

9.2. При заключении договора страхования по рискам, предусмотренным п. 4.11 Правил, Страхователь/Застрахованный по требованию Страховщика предоставляет оригинал справки с печатью и подписью медицинского учреждения о состоянии здоровья, имеющихся заболеваниях и об отсутствии противопоказаний для совершения запланированной поездки.

9.3. Страхователь обязан сообщать Страховщику обо всех известных ему изменениях страхового риска, происходящих в период действия договора страхования.

9.4. Договор страхования по усмотрению Страховщика может быть заключен без медицинского освидетельствования Застрахованного. По требованию Страховщика Застрахованный должен заполнить опросный лист.

9.5. Факт заключения договора страхования удостоверяется выдаваемым Страховщиком Страхователю страховым полисом с приложением настоящих Правил, либо путем составления одного документа в соответствии с положениями гражданского законодательства РФ.

9.6. При заключении договора страхования Застрахованный освобождает врачей от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком.

9.7. Закрывая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает свое согласие с тем, что Страховщик может в течение всего срока действия договора страхования осуществлять обработку указанных в нем персональных данных физических лиц. Страхователь несет персональную ответственность за предоставление согласий физических лиц — Застрахованных и Выгодоприобретателей на обработку их персональных данных.

Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также совершение иных действий с персональными данными физических лиц в статистических целях и в целях проведения анализа страховых рисков.

Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь также подтверждает согласие на информирование о других продуктах и услугах, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком.

Для осуществления вышеуказанных целей Страховщик имеет право передавать персональные данные, ставшие ему известными в связи с заключением и исполнением договора страхования, третьим лицам, с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных.

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

В случае полного отзыва субъектом персональных данных своего согласия на обработку персональных данных, действие договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, договор страхования прекращается полностью. При этом действие договора страхования прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

После прекращения действия договора страхования (в том числе при его расторжении), а также в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку своих персональных данных, Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в срок, не превышающий 100 (ста) лет с момента прекращения действия договора, либо с момента получения Страховщиком заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных (если договором страхования не предусмотрено иное).

9.8. Обязательства сторон, в которых указана иностранная валюта, признаются выраженными в рублях по курсу ЦБ РФ на дату, определяемую для возврата страховой премии при досрочном прекращении договора как день заключения договора страхования, а при выплате страхового возмещения как день наступления страхового случая. Для нерезидентов при безналичном расчете — в долларах США/евро по курсу ЦБ РФ на дату, определяемую для возврата страховой премии при досрочном прекращении договора как день заключения договора страхования, а при выплате страхового возмещения как день наступления страхового случая.

10. Действия сторон при наступлении страхового случая. Порядок определения размера убытков или ущерба. Порядок определения страховой выплаты.

10.1. Если в договоре страхования (страховом полисе) предусмотрено обязательное обращение в Сервисный Центр, Застрахованный (его представитель) обязан:

10.1.1. заблаговременно, до обращения, визита в медицинское учреждение, получения/организации иных услуг, предусмотренных Правилами, проинформировать Сервисный Центр Стра-

ховщика по указанным в страховом полисе телефонам о случившемся и сообщить оператору следующую информацию:

- Фамилию, имя Застрахованного;
- Номер страхового полиса;
- Характер требуемой помощи;
- Местонахождение и номер телефона для обратной связи;

10.1.2. получить медицинскую и иную помощь в строгом соответствии с инструкциями оператора Сервисного Центра;

10.1.3. предъявить медицинскому персоналу оригинал страхового полиса;

10.1.4. уплатить франшизу в соответствующем размере, если она предусмотрена в страховом полисе;

10.1.5. согласовывать свои действия и следовать указаниям оператора;

10.1.6. если срок действия договора страхования превышает количество застрахованных дней, то Застрахованный обязан документально подтвердить Страховщику, что срок страхования на момент обращения за медицинской и/или медико-транспортной помощью не истек, путем предоставления заграничного паспорта с соответствующими отметками службы пограничного контроля о пересечении государственной границы Российской Федерации, иных документов;

10.1.7. соблюдать предписания врача и распорядок, установленный медицинским учреждением;

10.1.8. при невозможности связаться с Сервисным Центром в момент наступления страхового случая сделать это при первой возможности и предъявить страховой полис, не оплачивая при этом услуг, предлагаемых или оказанных третьими лицами, без получения официального подтверждения оператора Сервисного Центра, зафиксировавшего обращение в базе данных Сервисного Центра;

10.1.9. письменно обосновать Страховщику причину невыполнения требований п. 10.1.1 Правил и представить соответствующие подтверждающие документы.

10.2. После получения информации, Сервисный Центр Страховщика организует оказание Застрахованному необходимых и предусмотренных договором страхования медицинских, медико-транспортных и иных услуг на бесплатной основе, а Страховщик оплачивает расходы Сервисного Центра по оказанным Застрахованному услугам в соответствии с Разделом 4 настоящих Правил. Расходы на первичный звонок в Сервисный Центр возмещаются Застрахованному при предъявлении оригиналов подтверждающих документов на бланке соответствующей организации с печатью и подписью ответственного лица. При этом счет за звонок в Сервисный Центр должен содержать следующие данные: дата звонка, телефонный номер, продолжительность переговоров и оплаченная сумма.

10.3. При нарушении п.п. 10.1–10.2 Правил расходы, понесенные непосредственно Застрахованным/его представителем, не подлежат возмещению.

10.4. Если в договоре страхования (страховом полисе) не предусмотрено обязательное обращение в Сервисный Центр, Застрахованный имеет право на получение медицинских услуг одним из следующих способов:

10.4.1. в строгом соответствии с процедурой, описанной в п. 10.1 Правил.

10.4.2. самостоятельно обратиться в ближайшее медицинское учреждение, самостоятельно оплатить расходы за оказанные услуги. При этом Страховщик не осуществляет никаких меропри-

ятей по выяснению информации и получению документов, указанных в п. 10.8 настоящих Правил.

10.5. При необходимости получения медицинской помощи в условиях стационара, медико-транспортных, транспортных услуг, а также услуг по репатриации, в том числе и посмертной, Застрахованный/его представитель должны действовать в строгом соответствии с процедурой, описанной в 10.1. Правил. При нарушении п.п. 10.1–10.2 Правил расходы, понесенные непосредственно Застрахованным/его представителем, не подлежат возмещению.

10.6. Размер убытка или ущерба определяется на основании представленных Застрахованным или иными организациями, оказавшими Застрахованному услуги, документов — счетов, медицинских документов, документов транспортной компании, иных организаций, оказавших Застрахованному услуги, предусмотренные договором страхования, в период его действия, на территории, указанной в договоре страхования.

10.7. Размер выплаты страхового возмещения определяется на основании представленных Страховщику документов в соответствии с условиями договора страхования.

10.8. В случае самостоятельной оплаты медицинских и иных услуг, Застрахованный после возвращения из поездки представляет Страховщику для возмещения понесенных расходов оригиналы следующих документов:

- Письменное заявление о случившемся, в том числе с обоснованием причин необращения в Сервисный Центр;
- Страховой полис;
- Медицинские документы, содержащие сведения о диагнозе, дате и состоянии здоровья Застрахованного при обращении за помощью, о проведенных медицинских манипуляциях и продолжительности лечения;
- Выписанные врачом рецепты в связи с данным заболеванием со штампом аптеки и указанием стоимости приобретенных медикаментов;
- Направления на прохождение лабораторных исследований с указанием дат, наименований и стоимости услуг;
- Счета медицинских учреждений за оказанные услуги (на фирменном бланке и с соответствующим штампом) с указанием фамилии пациента, даты обращения, диагноза, продолжительности лечения, перечня оказанных услуг с разбивкой по датам и стоимости, а также общей суммы к оплате;
- Счета транспортных и иных компаний, услугами которых Застрахованный воспользовался;
- Счета организаций, занимавшихся репатриацией Застрахованного, в том числе и посмертной, с указанием дат, наименований и стоимости оказанных услуг;
- Документы, подтверждающие факт оплаты представленных счетов;
- Оригиналы проездных документов;
- Оригиналы посадочных талонов;
- Полицейский протокол и/или иной документ, его заменяющий, с указанием обстоятельств произошедшего события (ДТП, причинение вреда здоровью/смерти третьим лицом, смерть Застрахованного вне медицинского учреждения);
- Информационную карту банка с указанием лицевого счета в случае получения страхового возмещения безналичным перечислением;
- Документы, подтверждающие родство с Застрахованным лицом;

- Свидетельство о рождении, документ об опекунстве при представлении интересов несовершеннолетних/недееспособных лиц;
- Документы, подтверждающие понесенные Застрахованным расходы, с указанием даты и перечня оказанных услуг, ФИО Застрахованного.

10.9. Заявление и документы на возмещение понесенных расходов, а также документы, указанные в п. 10.6 Правил, должны быть предоставлены Страховщику не позднее 30 (тридцати) календарных дней с момента возвращения Застрахованного из поездки, во время которой произошел страховой случай (с приложением оригинала официального перевода документов, составленных на ином, чем на русском, английском, французском, немецком языках. При этом Страховщик не возмещает расходы на перевод).

10.10. Решение о выплате страхового возмещения принимается Страховщиком в течение 30 (тридцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком всех необходимых документов. Страховщик вправе проводить проверку представленных документов, запрашивать сведения у организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также письменные объяснения Страхователя и/или Застрахованного по факту произошедшего страхового случая. При необходимости получения дополнительной информации по страховому случаю и/или дополнительных документов, объяснений, для выплаты страхового возмещения — решение о выплате страхового возмещения принимается Страховщиком в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения Страховщиком всех запрошенных документов, о чем составляется Акт о страховом случае (паспорт убытка).

В случае если Страховщик воспользовался своим правом запросить сведения у организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, он информирует об этом Застрахованного/Страхователя.

При выборе Застрахованным безналичной формы выплаты страхового возмещения страховая выплата производится в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты утверждения Страховщиком Акта о страховом случае (паспорта убытка), а также предоставления Застрахованным полных банковских реквизитов необходимых для перечисления денежных средств (в зависимости от того, что произойдет позднее).

Если Застрахованный в качестве способа получения страховой выплаты выбрал выплату наличными деньгами в кассе Страховщика — выплата страхового возмещения осуществляется в день обращения Застрахованного за страховой выплатой, но не ранее 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты утверждения Страховщиком Акта о страховом случае (паспорта убытка).

После осуществления страховой выплаты оригиналы документов Застрахованному/Страхователю не возвращаются.

Страховщик вправе осуществить страховую выплату ранее установленного срока.

10.11. Для возмещения расходов Застрахованного Страховщик принимает только оплаченные счета.

10.12. Не допускается совмещение процедур, указанных в п.п. 10.4.1 и 10.4.2 Правил после согласования действий с Сервисным Центром или выбора медицинского учреждения.

10.13. В целях оценки фактического состояния здоровья Застрахованного, Страховщик, с согласия Застрахованного, оставляет за собой право запрашивать и получать информацию о состоянии здоровья Застрахованного.

11. Случаи отказа в страховой выплате

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

11.1.1. сознательно не выполнил (нарушил) обязанности по договору страхования;

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

11.2. Страховщик вправе отказать в страховой выплате в случае смерти застрахованного лица, если его смерть наступила вследствие самоубийства (за исключением случаев, когда к этому времени договор страхования действовал уже не менее двух лет).

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

11.4. Страховщик отказывает в страховой выплате по событиям, не признаваемыми страховыми случаями в соответствии с настоящими Правилами страхования и условиями договора страхования.

11.5. Страховщик отказывает в страховой выплате по событиям, произошедшим вне периода действия договора страхования.

11.6. Если иное не установлено договором страхования, не подлежит возмещению ущерб, произошедший вследствие:

11.6.1. воздействия ядерного взрыва, радиации и радиоактивного заражения;

11.6.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

11.6.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

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

12. Прекращение действия договора страхования

12.1. Договор страхования прекращается:

12.1.1. по истечении срока его действия (в 24.00 часа указанной в страховом полисе даты окончания страхования);

12.1.2. в случае исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме;

12.1.3. в других случаях, предусмотренных настоящими Правилами и законодательством РФ.

12.2. Договор страхования может быть досрочно прекращен в любое время по письменному уведомлению одной из сторон (в том числе в связи с невыполнением другой стороной условий договора страхования) с соблюдением требований действующего законодательства РФ. При этом возврат страховой премии осуществляется (если иное не установлено договором страхования) в следующем порядке:

12.2.1. при досрочном прекращении договора страхования по требованию Страховщика, обусловленного изменением степени риска, последний направляет Страхователю уведомление о Расторжении договора страхования и возвращает полученную страховую премию за неистекший срок договора... При этом обязательства сторон, в которых указана иностранная валюта,

признаются выраженными в рублях по курсу ЦБ РФ на дату, определяемую для возврата страховой премии при досрочном прекращении договора как день заключения договора страхования.

12.2.2. при досрочном прекращении договора страхования по требованию Страхователя, заявленному Страховщику в письменной форме до окончания действия договора страхования, последний возвращает Страхователю страховую премию за неистекший срок договора, если иное не предусмотрено договором страхования. В случае, если требование Страхователя обусловлено нарушением Страховщиком договора страхования, то последний возвращает Страхователю внесенную им страховую премию полностью; При этом обязательства сторон, в которых указана иностранная валюта, признаются выраженными в рублях по курсу ЦБ РФ на дату, определяемую для возврата страховой премии при досрочном прекращении договора как день заключения договора страхования.

12.2.3. при досрочном прекращении договора страхования по требованию Страхователя, последний предоставляет Страховщику оригиналы следующих документов:

- Заявление Страхователя;
- Полис;
- Заграничный паспорт Застрахованного (-ых);
- Общегражданский паспорт Страхователя.

12.2.4. частичный или полный возврат страховой премии осуществляется по представлению Страховщику оригиналов следующих документов:

- Заявление Страхователя;
- Полис;
- Заграничный паспорт Застрахованного (-ых);
- Общегражданский паспорт Страхователя.

12.2.5. заявление и документы на досрочное прекращение договора страхования должны быть предоставлены Страховщику до момента истечения договора страхования;

12.2.6. страховая премия не возвращается при наличии у Застрахованного действующей визы на поездку в страну (регион) указанную в договоре страхования, а также в случае, если Застрахованный заявляет о своем невыезде после истечения периода страхования.

12.2.7. страховая премия не возвращается, при наличии у Застрахованного действующей визы на поездку в страну (регион) указанную в договоре страхования, при наступлении страхового случая по договору страхования, а также в случае, если Застрахованный заявляет о своем досрочном возвращении после истечения периода страхования.

12.3. Перерасчет (возврат) страховой премии по договору страхования в случае неполного использования Застрахованным количества дней, указанных в договоре, осуществляется на основании тарифов Страховщика, используемых при оформлении договора. При этом обязательства сторон, в которых указана иностранная валюта, признаются выраженными в рублях по курсу ЦБ РФ на дату, определяемую для возврата страховой премии при досрочном прекращении договора как день заключения договора страхования.

12.3.1. перерасчет (возврат) страховой премии осуществляется по представлению Страховщику оригиналов следующих документов:

- Заявление Страхователя;
- Полис;
- Заграничный паспорт Застрахованного (-ых);

- Общегражданский паспорт Страхователя.

12.3.2. заявление и документы на перерасчет страховой премии должны быть предоставлены Страховщику не позднее 30 (тридцати) календарных дней с момента истечения договора страхования;

12.3.3. перерасчет (возврат) страховой премии не осуществляется при наступлении страхового случая по договору страхования, а также если Застрахованный заявляет о необходимости осуществления перерасчета после истечения 30 (тридцати) календарных дней с момента истечения договора страхования.

12.4. В случае досрочного прекращения договора страхования возврат страховой премии производится в течение 10 (десяти) банковских дней с момента получения письменного уведомления.

13. Права и обязанности сторон

13.1. Страховщик обязан:

13.1.1. при страховом случае произвести страховую выплату в установленный договором страхования срок;

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

13.1.3. по требованиям Страхователей, застрахованных лиц, выгодоприобретателей, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, разъяснять положения, содержащиеся в правилах страхования и договорах страхования, расчеты изменения в течение срока действия договора страховой суммы, расчеты страховой выплаты.

13.2. Страхователь обязан:

13.2.1. своевременно уплатить страховую премию (уплачивать страховые взносы);

13.2.2. при заключении договора страхования сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска.

13.3. Застрахованный обязан:

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

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

13.4. Страховщик имеет право:

13.4.1. при заключении договора произвести обследование страхуемого лица для оценки фактического состояния его здоровья;

13.4.2. проводить проверку представленных для решения вопроса о признании события страховым случаем и осуществления размера страховой выплаты документов;

13.4.3. запрашивать сведения у организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, в том числе о состоянии здоровья Застрахованного;

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

13.5. Страхователь имеет право:

13.5.1. на своевременное получение страхового полиса (договора страхования);

13.5.2. требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в правилах страхования и договорах страхования, расчетов изменения в течение срока действия договора страховой суммы, расчетов страховой выплаты.

13.6. Застрахованный имеет право:

13.6.1. на получение страховой выплаты на условиях и в сроки, предусмотренные договором страхования;

13.6.2. требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в правилах страхования и договорах страхования, расчетов изменения в течение срока действия договора страховой суммы, расчетов страховой выплаты.

14. Порядок рассмотрения споров

Споры, связанные с договором страхования, разрешаются путем переговоров. Если соглашение не достигнуто, спор передается на рассмотрение суда в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.