

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ ПРИ ВЫЕЗДЕ ЗА ГРАНИЦУ СПАО «ИНГОССТРАХ»

УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом СПАО «Ингосстрах»
от «28» декабря 2017 г. № 495

1. Преамбула

Правила страхования медицинских расходов при выезде за границу (далее – Правила) разработаны в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, определяют общие условия и порядок осуществления страхования медицинских расходов при выезде за границу и являются неотъемлемой частью договора страхования, заключенного на условиях настоящих Правил.

В рамках настоящих Правил Страховщик осуществляет добровольное страхование, относящееся согласно принятой в законодательстве Российской Федерации классификации к следующим видам страхования:

- медицинское страхование;
- страхование финансовых рисков.

2. Субъекты страхования

2.1. СПАО «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 получившее лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном законом порядке.

Сайт Компании – официальный сайт СПАО «Ингосстрах» в информационно-коммуникационной сети «Интернет» по адресу: www.ingos.ru.

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.

Договор считается заключенным в пользу Застрахованного, если в договоре страхования не названо в качестве Выгодоприобретателя другое лицо. В случае смерти Застрахованного, если в Договоре не предусмотрен иной выгодоприобретатель, выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного.

Договор страхования в пользу лица, не являющегося Застрахованным, в том числе в пользу не являющегося застрахованным Страхователя, может быть заключен только с письменного согласия Застрахованного.

3. Объект страхования

3.1. 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 медико-транспортных, вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также, в случаях, предусмотренных договором страхования, - проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни и здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

3.2. Объектом страхования по настоящим Правилам также являются имущественные интересы, связанные с риском возникновения непредвиденных расходов физических лиц, указанных в договоре страхования, в том числе расходы, связанные с оплатой организации репатриации Застрахованного или его останков.

4. Страховой риск. Страховой случай

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

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

4.3. Страховыми случаями признаются:

4.3.1. внезапное заболевание, несчастный случай, как это указано в п.п. 4.4. и 4.5. настоящих Правил, 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 (услуг) – (обращение за медицинской помощью в рамках программы, предусмотренной п. 5 и 6 настоящих Правил и условиями договора страхования);

4.3.2. осуществление репатриации и/или оказание иных услуг, предусмотренных договором страхования, в том числе транспортных в связи с причинением вреда жизни и здоровью Застрахованного лица (возникновение непредвиденных расходов, не относящихся к медицинским услугам).

4.4. Внезапным заболеванием считается болезнь, возникшая неожиданно во время действия страхового полиса, и требующая оказания неотложной и / или экстренной медицинской помощи.

4.5. Под несчастным случаем подразумевается внешнее, кратковременное (до нескольких часов), фактически произошедшее под воздействием различных внешних факторов (физических, химических, механических) событие, характер, время и место которого могут быть однозначно определены, наступившее в течение срока страхования и возникшее непредвиденно, непреднамеренно, помимо воли Застрахованного, повлекшее за собой причинение вреда жизни и здоровью Застрахованного.

Неправильно проведенные медицинские манипуляции являются несчастным случаем только при наличии причинно-следственной связи между ними и причиненным вредом здоровью Застрахованного или наступлением его смерти, подтвержденной судебно-медицинской экспертизой и решением суда.

Не являются несчастным случаем остро возникшие или хронические заболевания и их осложнения (как ранее диагностированные, так и впервые выявленные), спровоцированные воздействием внешних факторов, в частности, инфаркт миокарда, инсульт, аневризмы, опухоли, функциональная недостаточность органов, врожденные аномалии органов.

4.6. События, указанные в п.п. 4.3. Правил, не являются страховыми случаями, если они возникли или получены при употреблении алкоголесодержащих, наркотических, токсических средств и иных психоактивных веществ (наличие признаков употребления алкоголесодержащих, 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 алкоголесодержащих, 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.

4.7. События, указанные в п.п. 4.3. Правил не признаются (не являются) страховыми случаями, если они произошли в связи с:

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

4.7.2. стихийными бедствиями и их последствиями, эпидемиями, карантинном, метеослучаем, если иное не предусмотрено договором страхования;

4.7.3. умышленными действиями Застрахованного, Страхователя и/или Выгодоприобретателя, направленными на наступление события, признаваемого по настоящим Правилам страховым случаем;

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

4.7.5. полетом Застрахованного на летательном аппарате, управлением им, кроме случаев полета в качестве пассажира на самолете гражданской авиации, управляемом профессиональным пилотом, если иное не предусмотрено договором страхования;

4.7.6. полетом Застрахованного на безмоторных летательных аппаратах, моторных планерах, сверхлегких летательных аппаратах, а также прыжками с парашютом и полетами на парашюте, если иное не предусмотрено договором страхования;

4.7.7. службой Застрахованного в любых вооруженных силах и формированиях, если иное не предусмотрено договором страхования;

4.7.8. занятием Застрахованным экстремальным, профессиональным, любительским или организованным спортом, в том числе: альпинизмом, скалолазанием, дайвингом, катанием на горных лыжах и/или сноуборде вне специально оборудованных и предназначенных для этого трасс, трекингом, рафтингом, водными лыжами, серфингом, верховой ездой, катанием на горных лыжах, на сноуборде и т.п., если иное не предусмотрено договором страхования;

4.7.9. управлением моторными транспортными средствами (за исключением автомобиля) и / или ездой на моторных транспортных средствах в качестве пассажира, в том числе и водными (парусными лодками / яхтами с мотором, водными скутерами, мотороллерами, мопедами, скутерами, яхтами и пр.), если иное не предусмотрено договором страхования.

4.8. Если иное не установлено договором, события, указанные в п.п. 4.3. Правил не признаются (не являются) страховыми случаями, если поездка предпринята:

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

4.8.2. 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.

4.9. События указанные в п. 4.3 Правил также не признаются страховыми случаями, если они связаны с:

4.9.1. хроническими заболеваниями, независимо от того знало ли о них застрахованное лицо и/или осуществлялось ли по ним лечение или нет, если иное не предусмотрено договором страхования;

4.9.2. 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.), если иное не предусмотрено договором страхования;

4.9.3. со злокачественными и доброкачественными новообразованиями вне зависимости от того, знало ли застрахованное лицо о данном заболевании до поездки или нет, если иное не предусмотрено договором страхования;

4.9.4. психическими заболеваниями и состояниями, судорожными состояниями, эпилепсией (первичной и симптоматической), неврозами (панические атаки, депрессии, истерические синдромы и т. п.), если иное не предусмотрено договором страхования;

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

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

4.9.7. с патологическим протеканием беременности, осложнениями при беременности и/или ее прерыванием вне зависимости от срока, если иное не предусмотрено договором страхования;

4.9.8. с передозировкой и/или неправильным применением лекарственных средств, а также с индивидуальной непереносимостью организма принятых препаратов и/или их отдельных компонентов, если иное не предусмотрено договором страхования.

4.10. 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. 4.7.2, 4.7.6 - 4.7.10, 4.8, 4.9.1 - 4.9.4, 4.9.7 - 4.9.8, а также Страховщиком могут возмещаться расходы, указанные в п.п. 6.1.1 – 6.1.3, 6.1.6 - 6.1.7, 6.1.10, 6.1.22, 6.1.29 - 6.1.31, 11.6.1, 11.6.2, 11.6.3. настоящих Правил.

5. Расходы, возмещаемые Страховщиком

5.1. При наступлении страхового случая Застрахованный (его представитель) информирует Сервисный Центр, если необходимость такого обращения предусмотрена договором страхования (страховым полисом) и/или настоящими Правилами, заблаговременно, до обращения (визита) в медицинское учреждение и/или до организации/оплаты иных услуг предусмотренных настоящими Правилами. В этом случае Сервисный центр организует оказание услуг, предусмотренных договором страхования, а Страховщик оплачивает данные услуги.

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 и/или организации иных услуг, в том числе и с привлечением местных служб скорой помощи. В этом случае Застрахованный должен обратиться к Страховщику за возмещением понесенных расходов и предоставить документы в соответствии с п. 10.8. настоящих Правил.

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:

A. 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;

5.1.2. по амбулаторному лечению, включая расходы на врачебные услуги, диагностические исследования, назначенные врачом медикаменты;

5.1.3. расходы по оплате назначенных врачом перевязочных средств и средств фиксации (гипс, бандаж) в пределах лимита ответственности Страховщика (дополнительной страховой суммы), указанной в договоре страхования;

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

B. Медико-транспортные расходы, а именно:

5.1.5. по эвакуации (транспортировке автомашиной «скорой помощи» или иным транспортным средством):

- с места происшествия в ближайшее медицинское учреждение или к находящемуся в непосредственной близости врачу при угрозе жизни и/или когда Застрахованный не может самостоятельно передвигаться ввиду тяжести полученной травмы. Такие расходы оплачиваются только по первичной эвакуации / транспортировке Застрахованного, и/или.

- при его переводе в другое медицинское учреждение, предписанном лечащим врачом и подтвержденном заключением врача Страховщика/Сервисного Центра;

5.1.6. 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 возможности 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;

5.1.7. 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.

5.1.8. по медицинской транспортировке 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 Застрахованному по медицинским показаниям предписаны особые условия транспортировки в результате произошедшего страхового случая. При этом Страховщик не возмещает расходы, связанные с получением медицинской и иной помощи, возникшие после возвращения в страну места постоянного жительства. Медицинская транспортировка осуществляется в строгом соответствии с письменными (разрешение на перелет) рекомендациями лечащего врача и покрывается в пределах оговоренной в договоре страхования страховой суммы. При этом страховщик оплачивает следующие расходы (если это предписано врачом):

- по транспортировке машиной скорой медицинской помощи из медицинского учреждения, в котором Застрахованный проходил лечение, до транспортного узла (аэропорта, вокзала) в стране временного пребывания, у которого есть прямое международное сообщение с населенным пунктом в стране постоянного жительства Застрахованного;

- на проезд до транспортного узла (аэропорта, вокзала, порта) города, где Застрахованный постоянно проживает, в один конец экономическим классом;

- на сопровождающее лицо;

- по транспортировке машиной скорой медицинской помощи в медицинское учреждение по месту жительства, где Застрахованный будет проходить дальнейшее лечение.

Застрахованный обязан сделать все от него зависящее, чтобы вернуть (сдать) неиспользованные проездные документы и возместить их стоимость Страховщику. При несоблюдении данного условия Страховщик вправе вычест из суммы возмещения расходов Застрахованного стоимость неиспользованных проездных документов

B. Транспортные расходы, а именно:

5.1.9. 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 вычест из суммы возмещения расходов Застрахованного стоимость неиспользованных проездных документов;

5.1.10. 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;

5.1.11. 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.

G. Расходы по посмертной репатриации, а именно:

5.1.12. 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. Действие в организации юридической консультации (если это предусмотрено договором).

5.1.13. 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 – 5.1.4 Правил) оказывается Застрахованным медицинским учреждением, рекомендованным Страховщиком/Сервисным Центром.

5.3. Способы транспортировки Застрахованного (п.п. 5.1.5. – 5.1.11. Правил) определяются Страховщиком/Сервисным Центром с учетом медицинских показаний. При этом Страховщик не несет ответственности в случае несоблюдения перевозчиком расписания движения.

6. Расходы, не возмещаемые Страховщиком

6.1. Страховщик не возмещает следующие расходы, не входящие в программу страхового покрытия по договору страхования:

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.), если иное не предусмотрено договором страхования;

6.1.2. вызванные ухудшением состояния здоровья или смертью Застрахованного, связанным 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, если иное не предусмотрено договором страхования;

6.1.3. на купирование и лечение судорожных состояний и их последствий, нервных и психических заболеваний, неврозов, если иное не предусмотрено договором страхования;

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/опухолевых заболеваний и/или их последствий, если иное не предусмотрено договором страхования;

6.1.7. на лечение солнечных ожогов и иных острых изменений кожного покрова, вызванных воздействием ультрафиолетового излучения, если иное не предусмотрено договором страхования;

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 осложненной беременности (патологической беременности) вне зависимости от ее сроков, а также родовспоможением и послеродовым уходом за ребенком, если иное не предусмотрено договором страхования;

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, трансплантацией (пересадкой органов), 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, медикаменты и материалы 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.), если иное не предусмотрено договором страхования;

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 обращения в Сервисный Центр объективными;

6.1.28. связанные с диагностированием и лечением серных пробок;

6.1.29. на лечение в барокамере, если иное не предусмотрено договором страхования;

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.5.1.6), если иное не предусмотрено договором страхования;

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, если иное не предусмотрено договором страхования;

6.1.32. расходы, превышающие установленные страховые суммы;

6.1.33. несогласованные с ЦС расходы, если несогласованные действия привели к увеличению убытков Страховщика, необоснованному завышению представленным к возмещению счетам договором страхования предусмотрено обязательное обращение в ЦС. Страховщик вправе оплатить такие расходы полностью или частично, если сочтет причины обращения 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. Договором страхования могут быть установлены дополнительные страховые суммы (лимиты ответственности) страховщика по отдельным видам риска либо расходов, входящих в программу страхования.

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, и/или принятия решения о расширении покрытия, предусмотренного настоящими Правилами, а также решения о страховании рисков, указанных в п. 4.10, 5.1.3, 5.1.10, 8.3. 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. При заключении договора страхования в электронной форме оплата страховой премии производится в безналичной форме.

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 и/или не связано с особенностями порядка заключения договора страхования, страховая премия должна быть уплачена до получения договора страхования (полиса) Страхователем, 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 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 Российской Федерации, 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 истечении оговоренного в договоре страхования срока его действия либо лимита страховых выплат, в зависимости от того, что произойдет ранее.

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 гражданство 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. При электронном страховании Договор считается заключенным с момента оплаты страховой премии.

8.7. 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 обязан произвести выплаты по случаям, признанным страховыми и наступившим в период действия страхования.

9. Порядок заключения и исполнения договора страхования

Договор страхования в соответствии с настоящими Правилами может быть заключен:

- в виде электронного документа через официальный сайт СПАО «Ингосстрах»,
- в стандартном порядке при непосредственном обращении Страхователя к Страховщику (его уполномоченному представителю) с устным или письменным заявлением о своем намерении заключить договор страхования.

Договор страхования может быть оформлен в виде страхового полиса, подписанного Страховщиком, с приложением настоящих Правил, либо путем составления сторонами одного документа в соответствии с положениями гражданского законодательства РФ

При заключении договора страхования в электронной форме Страховщик направляет Страхователю электронный страховой полис, заверенный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика.

Договор электронного страхования считается заключенным с момента уплаты Страхователем страховой премии.

9.1. Заключение договора страхования.

При обращении Страхователя к Страховщику (его уполномоченному представителю) с устным или письменным заявлением о своем намерении заключить договор страхования Страхователь 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 также 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 (если предполагается участие в спортивных мероприятиях);
- 9.1.8. страховая сумма;
- 9.1.9. выбранные условия и программа страхования;
- 9.1.10. информация о странах, гражданами которых Застрахованный является и/или в которых имеет вид на жительство/иной документ, его заменяющий;
- 9.1.11. информация о Выгодоприобретателе.
- 9.1.12. 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.

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

9.2. Заключение договора страхования в электронной форме.

Для заключения договора страхования в электронной форме Страхователь подает Страховщику заявление о страховании через официальный Сайт Компании www.ingos.ru путем заполнения формы анкеты-заявления на страхование, которая обязательно включает следующие данные:

- 9.2.1. фамилию, имя, отчество на русском языке и в латинской транскрипции (как в заграничном паспорте), дата рождения Застрахованного, адрес, телефон Застрахованного;
- 9.2.2. наименование, юридический адрес, телефон, банковские реквизиты, если Страхователь – юридическое лицо;
- 9.2.3. планируемые даты начала и окончания пребывания за границей, количество дней, в течение которых будет действовать договор страхования;
- 9.2.4. страны, на территории которых должен действовать договор страхования;
- 9.2.5. цель поездки;
- 9.2.6. профессия и род предполагаемой деятельности, если Застрахованный выезжает за границу для работы;
- 9.2.7. вид спорта или тип спортивных состязаний, в которых предполагается участие Застрахованного;
- 9.2.8. страховая сумма.

На основании электронного запроса, изложенного, в том числе, в виде условия страхования и (или) анкеты на Сайте Компании, для заключения Договора страхования Страхователь предоставляет информацию и документы в электронном виде (в том числе в виде электронных файлов в формате pdf, jpg и т.д.).

Заявление о заключении договора страхования в электронной форме подписывается страхователем – физическим лицом простой электронной подписью, а страхователем – юридическим лицом – усиленной квалифицированной электронной подписью.

Медицинское обследование принимаемого на страхование лица при заключении договора страхования в электронном виде не производится.

В соответствии с пунктом 1 статьи 6 Федерального закона № 63-ФЗ от 06.04.2011 «Об электронной подписи», также п. 4 ст. 6.1. Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 договор страхования (полис), составленный в виде электронного документа, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, признается Сторонами электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя СПАО «Ингосстрах».

При электронном страховании Страхователь оплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в договоре страхования и настоящих Правилах страхования, подтверждая тем самым свое согласие на заключение Договора страхования на предложенных Страховщиком условиях.

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

Текст настоящих Правил либо выписка из настоящих Правил (полные условия страхования), сформированная на основе положений настоящих Правил, относящихся к конкретной программе страхования (страховому продукту), и на основе которых заключен договор страхования, дополнительно включается в текст страхового полиса.

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

По решению Страховщика перечень документов/информации, приведенный в п. 9.1 и 9.2 настоящих Правил, может быть сокращен, если это не влияет на оценку риска, вероятности наступления страхового случая, а также определение размера ущерба и получателя страхового возмещения.

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

9.5. Заключая 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 prolongации правоотношений со Страховщиком.

Для осуществления вышеуказанных целей Страховщик имеет право осуществлять передачу, в том числе трансграничную, персональных данных, ставших ему известными в связи с заключением и исполнением договора страхования, третьим лицам, с которым 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, за исключением случаев возможности обработки персональных данных без согласия соответствующего субъекта 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).

9.6. 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 безналочном 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 Страховщика 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 Сервисного Центра;

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 служб 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, 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, если несогласованные действия привели к увеличению расходов Страховщика и/или предоставлению к возмещению необоснованно завышенных счетов.

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 мероприятий 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 (Выгодоприобретатель) после возвращения из поездки представляет Страховщику для возмещения понесенных расходов оригиналы следующих документов:

- Письменное заявление / обращение о случившемся. Если Застрахованный не обращался в СЦ – заявление с обоснованием причин не обращения в СЦ.
- 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 и диагностических исследований с указанием дат, наименований, обоснований 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;
- Справка о смерти с указанием причины смерти и/или иной документ ее заменяющий;
- Свидетельство о смерти;
- 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 о наступлении страхового случая должно быть предоставлено Страховщику в течение 30 календарных дней с момента возвращения из поездки, в которой произошел страховой случай.

10.10. Застрахованный (его представитель) для возмещения понесенных расходов предоставляет Страховщику документы, указанные в разделе 10. Документы должны быть предоставлены Страховщику с приложением оригинала официального перевода документов, составленных на ином, чем на русском, английском языках.

10.11. Решение о выплате страхового возмещения принимается Страховщиком в течение 30 (тридцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком всех необходимых документов, указанных в разделе 10 настоящих Правил.

В указанный срок 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, а также утверждает Акт о страховом случае, а также сообщает Застрахованному (Выгодоприобретателю) о принятом решении. При необходимости получения дополнительной информации и/или документов из числа категорий, указанных в разделе 10 настоящих Правил, по страховому случаю Страховщик вправе отсрочить принятие решения о признании события страховым и осуществлении страховой выплаты до момента получения такой информации/документов, но не более, чем на 30 (тридцать) дней, с даты получения полного комплекта документов от Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя).

В случае если Страховщик воспользовался своим правом запросить сведения / документы 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.

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

Страховщик вправе осуществить страховую выплату ранее установленного срока.

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

10.13. В целях оценки фактического состояния здоровья Застрахованного в связи с наступлением страхового случая, Страховщик, с согласия Застрахованного, имеет право запрашивать и получать информацию о состоянии здоровья Застрахованного.

11. Случаи отказа в выплате

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

- 11.1.1. не известил Страховщика о произошедшем страховом случае в сроки, установленные настоящими Правилами, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое возмещение;
- 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 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 выплате в части оплаты расходов, возмещение которых не предусмотрено договором страхования (программой страхования), а также расходов, не подтвержденных документами, предусмотренными настоящими Правилами.

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

11.5. Страховщик отказывает в 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 об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), Страховщик вправе требовать признания договора недействительным и применения последствий, предусмотренных Гражданским кодексом РФ.

11.8. Страховщик не вправе отказать в выплате по основаниям, не предусмотренным законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами или договором страхования.

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 случае полного отзыва субъектом персональных данных своего согласия на обработку персональных данных, за исключением случаев, когда для исполнения договора страхования согласие субъекта персональных данных не требуется (п. 9.5. настоящих Правил);

12.1.4. в случае отказа Страхователя от договора страхования, если к моменту такого отказа возможность наступления страхового случая не отпала и существование страхового риска не прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;

12.1.5. если после вступления договора страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;

12.1.6. по соглашению сторон;

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

12.2. Момент прекращения договора страхования:

В случае прекращения договора страхования по основаниям, предусмотренным пп. 12.1.1, 12.1.2, 12.1.5, договор прекращается с момента реализации данных оснований.

В случае прекращения договора страхования по основаниям, предусмотренным пп. 12.1.4, 12.1.3, договор считается прекращенным с даты подачи Страхователем соответствующего

заявления, если более поздний срок прекращения Договора страхования не указан в заявлении Страхователя.

В случае расторжения договора страхования по основанию, предусмотренному п. 12.1.7, договор считается расторгнутым с даты, установленной в соответствии с действующим законодательством РФ, настоящими Правилами или условиями договора страхования либо соглашением сторон.

Страховщик освобождается от обязанности осуществить страховую выплату в отношении страховых случаев, произошедших после прекращения или расторжения Договора страхования в соответствии с условиями настоящего пункта.

12.3. Условия возврата страховой премии:

12.3.1. Если иного не предусмотрено Договором страхования, при досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, указанным в пп. 12.1.1, 12.1.2,

12.1.3 настоящих Правил, уплаченная страховая премия считается полностью заработанной Страховщиком и не подлежит возврату.

12.3.2. Договор страхования (за исключением случаев, если после вступления договора страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай) может быть досрочно прекращен Страхователем в любое время по письменному уведомлению с соблюдением требований действующего законодательства РФ (п. 12.1.4 настоящих Правил).

При этом возврат страховой премии осуществляется (если иное не установлено договором страхования) в следующем порядке:

12.3.3. при досрочном прекращении договора страхования по требованию Страхователя (п. 12.1.4. Правил), заявленному Страховщику в письменной форме до окончания действия договора страхования, последний возвращает Страхователю страховую премию в соответствии с фактическим количеством дней действия Договора 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.

12.3.4. Страховая премия при расторжении договора на основании п. 12.1.4 Правил не возвращается:

- если Застрахованный заявляет о своем невыезде после истечения периода страхования;
- при наступлении страхового случая по договору страхования;
- при наличии у Застрахованного действующей визы на поездку в страну (регион), указанную в договоре страхования.

12.3.5. При досрочном прекращении Договора по обстоятельствам, указанным в п.п. 12.1.5-12.1.7 Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной страховой премии в соответствии с фактическим количеством дней действия Договора на основании тарифов Страховщика, используемых при оформлении договора

12.4. При досрочном прекращении договора страхования для решения вопроса о возврате неиспользованной части страховой премии по требованию Страховщика Страхователь предоставляет данные банковского счета для осуществления безналичного возврата сумм страховой премии (при наличии оснований к возврату премии и перечислении денежных сумм в безналичном порядке), а также оригиналы следующих документов:

- Заявление Страхователя;
- Полис;
- Заграничный паспорт Застрахованного (-ых);
- Общегражданский паспорт Страхователя – физического лица;
- Иные документы в обоснование возврата страховой премии (её части) и наличия права на её получение.

12.5. Перерасчет (возврат) страховой премии по договору страхования, 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.

12.6. В случае досрочного прекращения договора страхования возврат страховой премии производится в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком документов, указанных в п. 12.4 настоящих Правил.

12.7. Особые условия отказа Страхователя – физического лица от Договора:

1) Страхователь – физическое лицо¹ в дополнение к условиям о досрочном расторжении Договора страхования, указанным в п. 12.3 настоящих Правил, вправе досрочно отказаться от Договора в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

2) В случае если Страхователь отказался от Договора в срок, указанный в части 1 настоящего пункта, и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному Договору (далее – дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

3) В случае если Страхователь отказался от Договора в срок, указанный в части 1 настоящего пункта, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате

¹ Под страхователями, имеющими право на досрочный отказ от договора добровольного страхования на специальных условиях, понимаются только страхователи – физические лица

уплаченной страховой премии Страхователю удерживает ее часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования, если иное не предусмотрено соглашением сторон.

4) При досрочном прекращении Договора страхования в порядке, предусмотренном настоящим пунктом, Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, определенного в части 1 настоящего пункта.

5) Возврат страховой премии Страхователю в соответствии с настоящим пунктом по выбору Страхователя производится наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

6) Действие настоящего пункта не распространяется на осуществление добровольного страхования, предусматривающего оплату оказанной гражданину Российской Федерации, находящемуся за пределами территории Российской Федерации, медицинской помощи и (или) оплату возвращения его тела (останков) в Российскую Федерацию, а также добровольного страхования, являющегося обязательным условием допуска физического лица к выполнению профессиональной деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

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, принявший решение воспользоваться своим правом по договору страхования обязан:

13.3.1. пройти обследование для оценки его фактического состояния по требованию Страховщика (за исключением случаев электронного страхования);

13.4. Страховщик имеет право:

13.4.1. при заключении договора произвести обследование страхуемого лица для оценки фактического состояния его здоровья (за исключением случаев электронного страхования);

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.

Споры с юридическими лицами рассматриваются в Арбитражном суде г. Москвы, если договором страхования не предусмотрено иного.

Программа страхования медицинских расходов

Расходы и лимиты покрытия, входящие в договор страхования	Пункт правил	Объем покрытия
Медицинские расходы	5.1.1. – 5.1.4.	в пределах страховой суммы
в т.ч. по лечению в стационаре	5.1.2	в пределах страховой суммы
в т.ч. по амбулаторным обращениям	5.1.2.	без ограничения количества визитов и в пределах страховой суммы
в т.ч. на оплату назначенных врачом медикаментов	5.1.2	в пределах страховой суммы
в т.ч. на экстренную стоматологическую помощь	5.1.4.	в пределах страховой суммы
в т.ч. на лечение обострения хронических заболеваний	4.9.1., 4.9.2., 6.1.1., 6.1.31.	5% от страховой суммы
в т.ч. на оплату назначенных врачом перевязочных средств и средств фиксации	5.1.3.	150 USD / EUR в зависимости от валюты договора
Медико-транспортные расходы	5.1.5. – 5.1.8.	в пределах страховой суммы
Транспортные расходы	5.1.9. – 5.1.11.	в пределах страховой суммы
в т.ч. на визит родственника застрахованного в экстренной ситуации	5.1.11.	согласно Правил страхования
в т.ч. на эвакуацию детей, сопровождающих застрахованного	5.1.10.	согласно Правил страхования
Расходы на погребальную репатриацию	5.1.12.	в пределах страховой суммы