

УТВЕРЖДЕНО

Приказом ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни»

от «29» июля 2019 г. № 908п

ПРАВИЛА  
КОМПЛЕКСНОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН,  
ПУТЕШЕСТВУЮЩИХ ПО ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

«29» декабря 2018 года

№ 14

---

с изменениями и дополнениями, внесёнными Приказом ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» от «29» июля 2019 г. № 908п.

## СОДЕРЖАНИЕ ПРАВИЛ

### Раздел 1. Общие положения

1. Субъекты страхования.
2. Объект страхования.
3. Страховые случаи. Страховые риски. Особые условия страхования.
4. Страховая сумма. Страховой тариф. Страховая премия (страховой взнос). Франшиза.
5. Территория страхования. Срок действия Договора страхования. Срок страхования.
6. Заключение и исполнение Договора страхования.
7. Прекращение Договора страхования.
8. Общие обязанности и права сторон. Взаимоотношения сторон при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая.
9. Страховая выплата. Порядок определения и осуществления страховой выплаты. Исключения из выплаты.
10. Персональные данные.
11. Разрешение споров.

### Раздел 2. «Медицинская и экстренная помощь»

12. Объект страхования.
13. Страховые случаи и расходы, возмещаемые Страховщиком.
14. Страховая сумма. Лимиты ответственности Страховщика.
15. Обязанности сторон при наступлении страхового случая.
16. Порядок осуществления страховой выплаты.

### Раздел 3. «Дожитие до события, связанного с отменой поездки»

17. Объект страхования.
18. Страховые случаи.
19. Страховая сумма. Лимиты ответственности Страховщика.
20. Обязанности сторон при наступлении страхового случая.
21. Порядок осуществления страховой выплаты.

### Раздел 4. «Несчастный случай»

22. Объект страхования.
23. Страховые случаи.
24. Порядок определения размера страховых выплат.
25. Страховая сумма. Лимиты ответственности Страховщика.
26. Права и обязанности Сторон.
27. Перечень документов для страховой выплаты.

### Приложения:

- № 1 - Страховой полис.
- № 2 - Договор комплексного страхования граждан, путешествующих по РФ.
- № 3 - Распоряжение о назначении Выгодоприобретателя.
- № 4 - Медицинская анкета.
- № 5 - Таблицы размеров страховых выплат по риску, указанному в п. 23.2.1. настоящих Правил.
- № 6 - Страховые тарифы.

## РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

### 1. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации и на основании настоящих Правил комплексного страхования граждан, путешествующих по территории российской федерации (далее по тексту - Правила) Общество с ограниченной ответственностью «Капитал Лайф Страхование Жизни» (ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни») (далее по тексту - «Страховщик»), заключает с дееспособными физическими и правоспособными юридическими лицами (далее по тексту - «Страхователь») Договоры комплексного страхования граждан, выезжающих за пределы территории постоянного места жительства (далее по тексту – «Договоры страхования», «Договоры» или «Полисы»).

1.2. На условиях настоящих Правил Договоры страхования заключаются со Страхователями, которыми могут выступить российские или иностранные:

1.2.1. физические лица, обладающие гражданской дееспособностью в полном объеме, согласно ст. 21 Гражданского Кодекса Российской Федерации (далее по тексту - ГК);

1.2.2. юридические лица любой организационно-правовой формы.

1.3. Застрахованным лицом (Застрахованным) является названное в Договоре страхования физическое лицо, выезжающее за пределы территории постоянного места жительства, в пользу которого заключается Договор страхования на случай наступления определенного Договором страхования события (страхового случая).

В целях настоящих Правил под постоянным местом жительства (далее – ПМЖ) для граждан Российской Федерации (далее по тексту – РФ) понимается территория муниципального образования, в котором Застрахованное лицо постоянно или преимущественно проживает (не менее 180 дней в течение 12 месяцев, предшествующих страховому случаю), а также 200-километровая зона от данной административной границы муниципального образования, если иное не указано Договором страхования.

Застрахованными лицами могут быть граждане РФ, иностранные граждане и лица без гражданства, постоянно проживающие (на основании вида на жительство) или временно находящиеся на территории РФ (на основании разрешения на временное проживание/пребывание в виде отметки в документе, удостоверяющем личность, или документа установленной формы), выезжающие в поездку за пределы территории ПМЖ, если иное не предусмотрено в Договоре страхования.

Застрахованная Поездка (далее — поездка) — поездка, подтвержденная именными транспортными документами (авиа-, ж/д-билеты, билеты на водный транспорт), документами на проживание в Поездке. В случае Поездки Застрахованного лица без именных транспортных документов, документов на проживание, страховое покрытие начинает действовать за границей ПМЖ. Перемещение Застрахованного лица с целью смены места жительства или исполнения им трудовых обязательств не является поездкой и не входит в страховое покрытие.

1.4. Лица, в возрасте от 12 лет и не старше 64 лет на дату окончания срока страхования, принимаются на страхование без применения к тарифу поправочных возрастных коэффициентов, если иное прямо не указано в Договоре страхования. Лица, возраст которых на дату окончания срока страхования составляет менее 12 лет или 65 лет и более, могут быть застрахованы при условии применения к тарифу поправочных возрастных коэффициентов.

1.5. Для целей настоящих Правил «близкими родственниками» признаются супруг, супруга, родители, сын, дочь, усыновители, усыновленные.

1.6. Настоящими Правилами, Договором страхования могут быть предусмотрены определённые Страховщиком условия по приему на страхование, действию страхования, обусловленного Договором страхования, связанные с возрастом; состоянием здоровья (инвалидностью); беременностью; хроническим заболеванием; занятием спортом; активными видами отдыха; профессиональной деятельностью Застрахованного лица; употреблением алкоголя и другими условиями.

Если в ответственность Страховщика по Договору страхования будет включён страховой риск «Дожитие до события, связанного с отменой поездки» при страховании лиц, не имеющих российского гражданства, к тарифу применяется повышающий коэффициент.

## 2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования по Договорам, заключенным на условиях настоящих Правил, являются не противоречащие законодательству РФ имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные:

- с оплатой организации и оказания Застрахованному медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства его здоровья или состояния, требующих организации и оказания таких услуг (раздел «Медицинская и экстренная помощь»);
- с дожитием Застрахованного до событий, наступивших в жизни Застрахованного и обусловивших отмену поездки или повлекших необходимость изменения сроков пребывания в поездке (раздел «Дожитие до события, связанного с отменой поездки»);
- с причинением вреда здоровью, а также со смертью Застрахованного в результате несчастного случая (раздел «Несчастный случай»).

## 3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого осуществляется страхование.

3.2. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, в результате которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

3.3. Перечень страховых случаев и страховых рисков, условия страхования приведены в соответствующих разделах настоящих Правил. Договор страхования может быть заключен с включением в ответственность по Договору страхования страховых рисков, предусмотренных настоящими Правилами, а именно:

3.3.1. в разделе 2 «Медицинская и экстренная помощь» Правил;

3.3.2. в разделе 3 «Дожитие до события, связанного с отменой поездки» Правил;

3.3.3. в разделе 4 «Несчастный случай» Правил.

Перечень страховых рисков, согласованных Страхователем со Страховщиком из числа предусмотренных Правилами, указывается в Договоре страхования.

3.4. Если оговорено Договором страхования, ответственность Страховщика может быть расширена при условии применения установленных Страховщиком повышающих коэффициентов к базовому размеру страховой премии для следующих особых условий:

3.4.1. «Спорт» - (для разделов «Медицинская и экстренная помощь» и «Несчастный случай») в зависимости от уровня и интенсивности занятий Застрахованных спортом, участия в тренировках, в соревнованиях на профессиональном или любительском уровне или активности в поездке различаются следующие виды активностей:

3.4.1.1. «Активный отдых» - способ проведения свободного времени, в процессе которого отдыхающий занимается активными видами деятельности, требующими активной физической работы организма, усиленной работы мышц тела. Действие особого условия «Активный отдых» не распространяется на «Любительский спорт» и «Профессиональный спорт». Для целей настоящих Правил к активному отдыху относятся следующие виды активности Застрахованного:

- **Категория 1:** атлетика (легкая); велосипедные прогулки с непродолжительной длительностью по времени (велосипедные туры и горный велосипед не страхуются); веревочные и пандапарки; виндсерфинг; водное поло; волейбол; гандбол (в том числе пляжный); гиревой спорт; гольф; горнолыжный спорт (кроме катания на сухом склоне, ледниках, вне специально оборудованных и предназначенных для этого трасс, на подготовленных трассах выше «красного» уровня); городошный спорт; гребля (академическая, на байдарках и каноэ); катание на катерах, парусных средствах и яхтах (не далее 300 м от линии берега)<sup>1</sup>; катание на воздушных шарах<sup>1</sup>; каякинг<sup>2</sup>; керлинг; коньки, конькобежный спорт; крикет; лыжи беговые; нахождение в бане, аквапарке; парусный спорт<sup>1</sup>; петанк; поездки на мопедах, мотоциклах, мотороллерах, снегоходах, скутерах, мотобайках (с объёмом двигателя не более 125 см<sup>3</sup>) по обычной местности; прыжки (в воду, на батуте); развлечения на воде с использованием буксируемых надувных средств, кроме тубинга (не далее 300 м. от линии берега)<sup>1</sup>; ракетбол; рыболовство; синхронное плавание; сквош; скейтбординг; сноуркеллинг; танцы<sup>3</sup>; теннис большой; трекинг (пешая прогулка в труднодоступной местности, не являющаяся частью альпинистского маршрута, не предполагающая использование спортивного и/или специального альпинистского снаряжения, специальной одежды для восхождения в горы); туризм спортивный (не военный, не мото)<sup>1</sup>; черлидинг;

- **Категория 2:** акробатический рок-н-ролл; армрестлинг; бег марафон; гимнастика (любая); гребной слалом; йога; кайтлыжи; каратэ; катание/ поездки/ прогулки/ передвижение на верблюдах, лошадях, собачьих упряжках, слонах и других животных; легкая атлетика<sup>4</sup>; метание (любые виды активности); паркур; пейнтбол; развлечения на воде с использованием парашютов (не далее 300 м от линии берега)<sup>1</sup>; реставрация исторических событий<sup>5</sup>; серфинг; сноуборд; спортивное ориентирование; спуск в пещеры<sup>1</sup>; стрельба из лука<sup>1</sup>; укадо; ушу; фехтование; флорбол;

- **Категория 3:** американский футбол; биатлон; борьба (вольная, греко-римская, на поясах); вейкборд; водные мотоциклы, водные лыжи (не далее 300 м от линии берега); дайвинг до 40 метров<sup>6</sup>; джиппинг<sup>1</sup>; картинг; футбол; хоккей (на льду, на траве); шорттрек;

- **Категория 4:** автогонки, водные гонки любым способом; айкидо; атлетика (тяжелая); баскетбол; бейсбол; бобслей; боевые искусства; бокс и его разновидности; джип-сафари<sup>1</sup>; дзюдо; диггерство; капоэйра; кудо; маунтинбайк; мотогонки, мотокросс, моторалли; охота, в том числе подводная; парашютный спорт; поло; походы, прогулки, катания в ущельях; прыжки (на лыжах с трамплина); прыжки с парашютом; рафтинг<sup>2</sup>; рэгби; самбо; санный спорт, тюбинг любого вида; сафари<sup>1</sup>; софтбол; тхэквондо; фристайл; хапкидо.

Примечания:

а) Особенности действия страховой защиты по некоторым видам спорта/активности.

| Особенности действия страховой защиты  | Вид спорта  |
|--|---|
| <sup>1</sup> Застрахованы только официально организованные экскурсионные и развлекательные с лицензированным сопровождающим выезды активности, не связанные с выполнением любых видов работ, скачками, соревнованиями, охотой. | Джиппинг <sup>1</sup> ; джип-сафари <sup>1</sup> ; катание на воздушных шарах <sup>1</sup> ; катание на катерах, парусных средствах или яхтах (не далее 300 м от линии берега) <sup>1</sup> ; катание/ поездки/ прогулки/ передвижение на верблюдах, лошадях, собачьих упряжках, слонах и других животных <sup>1</sup> ; развлечения на воде не далее 300 м. от линии берега: с использованием буксируемых надувных средств, кроме тюбинга <sup>1</sup> ; развлечения на воде с использованием парашютов и парусный спорт <sup>1</sup> ; сафари <sup>1</sup> ; спуск в пещеры <sup>1</sup> ; стрельба из лука <sup>1</sup> ; туризм спортивный (не военный, не мото) <sup>1</sup> |
| <sup>2</sup> Застрахованы маршруты до 2 уровня сложности включительно, маршруты более высокой сложности не страхуются.   | Каякинг <sup>2</sup> , рафтинг <sup>2</sup>   |
| <sup>3</sup> Не страхуются профессиональные танцы и любые спортивные танцы и соревнования.   | Танцы <sup>3</sup>  |
| <sup>4</sup> Застрахованы только индивидуальные самостоятельные занятия, а не соревнования.  | Легкая атлетика <sup>4</sup>  |
| <sup>5</sup> Обязательно с профессиональными организаторами. Исключает использование боеприпасов.  | Реставрация исторических событий <sup>5</sup>   |
| <sup>6</sup> Застраховано не более 15 последовательных дней при условии наличия официального сертификата или в сопровождении инструктора.  | Дайвинг до 40 метров <sup>6</sup>   |

б) В страховое покрытие включены и не требуют выбора особого условия «Активный отдых» и применения повышающих коэффициентов к базовому размеру страховой премии следующие виды активности (не связанные с участием в соревнованиях и не связанные с профессиональной деятельностью Застрахованных): аквааэробика, аэробика, бадминтон, бег (не марафон), боулинг, джоггинг, катание на роликах/санках, крикет, плавание в бассейне или в открытой акватории в присутствии спасательных служб, пляжные игры (волейбол, футбол), теннис настольный.

в) Страховщик оплачивает расходы по одному страховому случаю в период действия Договора страхования.

г) Виды спорта/активности, не указанные в п. 3.4.1.1., не подлежат страхованию.

3.4.1.2. «Любительский спорт» - систематические занятия избранным видом спорта или физическими упражнениями, участие в спортивных соревнованиях, специально организованных тренировках на началах добровольности.

3.4.1.3. «Профессиональный спорт» - занятия спортом как основным видом деятельности и получение в соответствии с контрактом заработной платы или иного денежного вознаграждения за подготовку к спортивным соревнованиям и участие в них.

Страховщик не несёт ответственность за последствия занятий Застрахованным лицом любым видом спорта, не указанным в п.3.4.1., если это отдельно не оговорено Договором страхования.

3.4.2. «Профессия» - (для разделов «Медицинская и экстренная помощь» и «Несчастный случай») отсутствие ограничений по профессиональной деятельности Застрахованного и выполнение работ по трудовому договору;

3.4.3. «Хроническое заболевание» (только для раздела «Медицинская и экстренная помощь») - включение в ответственность Страховщика обострения или осложнения имеющихся у Застрахованного хронических заболеваний, протекающих с угрозой для жизни, независимо от того, было ли о них известно Застрахованному на начало поездки или нет. Страховщик оплачивает расходы на каждого Застрахованного по Договору применительно только к разделу «Медицинская и экстренная помощь» по каждому страховому случаю в размере не более 10 (десяти) процентов от страховой суммы, указанной в Договоре, если иное не предусмотрено Договором.

В рамках настоящих Правил по тексту под хроническими заболеваниями понимается болезненное состояние органа или системы организма, для которого характерно длительное течение, в том числе и бессимптомное, наличие обострений и осложнений как первичных, так и повторных, которые требуют лечения, в том числе повторного, а также обладает одной из следующих характеристик:

- не имеет известных признанных способов лечения;
- может существовать в течение неопределенного периода времени;
- бывают рецидивы, или существует вероятность возникновения рецидивов;
- носит постоянный характер;
- могут повлечь частичную (остаточную) нетрудоспособность;
- требует паллиативного лечения;
- требует долгосрочного наблюдения, консультаций, осмотров, исследований или анализов.

3.4.4. «Беременность» (только для раздела «Медицинская и экстренная помощь») - включение в ответственность Страховщика внезапного острого осложнения беременности и преждевременных родов, в том числе и в результате несчастного случая. Страховщик несет ответственность в размере не более 10 (десяти) процентов от страховой суммы, указанной в Договоре, на одну Застрахованную применительно только к разделу «Медицинская и экстренная помощь» по каждому страховому случаю при условии, что на дату наступления заявленного события срок беременности составлял не более 31 (тридцати одной) недели беременности включительно, если иное не предусмотрено Договором. Расходы по условию «Беременность», связанные с наступлением события после 31 (тридцати одной) недели беременности, не оплачиваются;

3.4.5. «Употребление алкоголя» - (для разделов «Медицинская и экстренная помощь», «Несчастный случай») - включение в ответственность Страховщика события, произошедшего при с Застрахованным после / во время / в результате употребления алкоголя, нахождении Застрахованного в состоянии алкогольного опьянения (за исключением правонарушений, ДТП, произошедших при участии Застрахованного, с любым транспортным средством), если иное не предусмотрено Договором страхования. Страховщик оплачивает расходы по одному страховому случаю в размере не более 10 (десяти) процентов от страховой суммы, указанной в Договоре страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.

3.4.6. «Теракт» - (для разделов «Медицинская и экстренная помощь», «Дожитие до события, связанного с отменой поездки», «Несчастный случай») - включение в ответственность Страховщика события, произошедшего в результате акта терроризма и его последствий, если иное не предусмотрено Договором страхования.

3.4.6.1. Под терроризмом понимается совершение взрыва, поджога или иных действий, создающих опасность гибели людей, причинения значительного имущественного ущерба либо наступления иных общественно опасных последствий, если эти действия совершены в целях нарушения общественной безопасности, устрашения населения либо оказания воздействия на принятие решений органами власти

при условии, что факт данного события официально подтвержден уполномоченными государственными органами страны пребывания.

3.4.6.2. Страхование не распространяется на случаи, если Страхователь и/или Застрахованный находится в официальной государственной или уполномоченного государством органа базе данных подозреваемых или признанных причастными к террористической деятельности, является подозреваемым или признанным причастным в незаконном обороте оружия, включая незаконный оборот сырья, материалов, оборудования, технологий, научно-технической информации, работ (услуг), которые могут быть использованы при создании оружия массового поражения и средств его доставки. Данные ограничения распространяются на лиц, признанными подозреваемыми или причастными в указанных выше преступлениях в любой из стран пребывания, а также в случае, если на них выдан международный ордер на арест.

3.4.6.3. Страхование не распространяется на случаи, если террористический акт является следствием: химического или биологического воздействия любого рода; или нападения с использованием электронных средств, включая компьютерный взлом или внедрения любой формы компьютерного вируса, угрозы или мистификации, а также при отсутствии физического и/или материального ущерба в результате террористического акта.

3.4.6.4. Страховщик оплачивает расходы на каждого Застрахованного по рискам раздела «Медицинская и экстренная помощь» по Договору по страховому случаю в размере не более 10 (десяти) процентов от страховой суммы, указанной в Договоре для раздела «Медицинская и экстренная помощь», если иное не предусмотрено Договором страхования. Если вследствие наступления страхового случая Застрахованному необходимы организация проживания в гостинице и оплата транспортных расходов, то Страховщик возместит их в размере не более 10% от страховой суммы.

Расходы по медицинской транспортировке (включая медицинскую эвакуацию), расходы на репатриацию тела (останков) в случае смерти Застрахованного лица в результате теракта осуществляются только при открытом воздушном пространстве для гражданской авиации.

Медицинская помощь может быть оказана в медицинских учреждениях и на территориях открытых для нахождения и действий гражданских лиц.

3.4.6.5. Страховщик по рискам раздела «Несчастный случай» по Договору страхования осуществляет страховую выплату по одному событию в соответствии с разделом 24 настоящих Правил страхования в размере 10% от соответствующего размера страховой выплаты Таблицы размеров страховых выплат.

3.4.6.6. Расходы не оплачиваются в случаях:

- когда местные власти подтверждают, что пребывание и поездки в районе теракта безопасны;
- расходы, подлежащие оплате, возмещены кем-либо из поставщиков услуг (туроператором, авиакомпанией, гостиницей, государственными органами или другим поставщиком услуг);
- при отсутствии официального подтверждения в письменной форме, что пребывание в забронированном жилье невозможно;
- при наступлении обстоятельств, уже известных на дату заключения Договора страхования или бронирования гостиницы или покупки билетов для поездки (в зависимости от того, что наступит позже).

3.5. В рамках настоящих Правил по тексту под Сервисной компанией понимается специализированная компания, которая по поручению Страховщика круглосуточно обеспечивает организацию услуг, предусмотренных настоящими Правилами.

3.6. В рамках настоящих Правил по тексту под страховой ответственностью Страховщика понимается комплекс условий страхования, обусловленных заключенным Договором страхования и настоящими Правилами.

3.7. Выбранные Страхователем страховые риски, в том числе объем страховой ответственности Страховщика в соответствии с настоящими Правилами, указываются в Договоре страхования в графе «Особые условия» и/или в Условиях страхования.

3.8. Страховщик в любом случае не покрывает следующие расходы:

а) связанные с возмещением: морального вреда по Договору страхования (страховому полису), заключенному в соответствии с настоящими Правилами, в том числе связанные с качеством услуг, оказываемых третьими лицами (медицинскими учреждениями и т.д.); упущенной выгоды; социальных компенсаций; компенсаций (гарантийных выплат) в целях возмещения затрат, связанных с исполнением туристом трудовых и/или профессиональных обязанностей (трудовые компенсации); компенсаций

заработной платы в случае нахождения Застрахованного лица на больничном; любых иных компенсаций и/или гарантийных выплат и/или пособий и/или возмещений и/или штрафных санкций и/или процентов.

б) понесенные Застрахованным лицом в результате события, имеющего признаки страхового случая, хотя и произошедшего в течение срока действия Договора страхования, но причины наступления которого начали действовать до вступления Договора страхования в силу;

в) которые отдельно не согласованы и не отражены в Договоре страхования;

г) которые имели место после возвращения Застрахованного лица из территории страхования в страну постоянного проживания;

д) транспортных компаний, связанных с вынужденной остановкой транспортного средства, в котором перемещается Застрахованное лицо в связи с наступлением страхового случая;

е) превышающие установленные страховые суммы и лимиты ответственности Страховщика, отраженные в Договоре страхования и настоящих Правилах.

#### **4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВОЙ ВЗНОС). ФРАНШИЗА**

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

В рамках страховой суммы, установленной отдельно по каждому страховому риску, в соответствии с Договором страхования или настоящими Правилами, могут быть установлены лимиты страховых сумм (лимиты ответственности), выплат, а также доли участия Страхователя/Выгодоприобретателя/Застрахованного в убытке (франшиза).

Страховая сумма по каждому страховому риску является агрегатной, т.е. после каждой страховой выплаты части страховой суммы, оставшаяся страховая сумма уменьшается на величину произведенной выплаты.

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

4.2. Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования и сведений, представленных Страхователем на момент заключения Договора страхования.

4.3. Страховая премия (страховой взнос), далее по тексту – страховая премия - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику при заключении Договора страхования. Оплата страховой премии производится наличным платежом или по безналичному расчету. Размер страховой премии по каждому разделу определяется в зависимости от выбранных Страхователем страховых рисков, программы страхования, страховой суммы, территории страхования, длительности пребывания на территории страхования, от категории активных видов деятельности, видов спорта, видов организации спортивных мероприятий, от уровня и интенсивности занятий, от цели и способа организации поездки, наличия франшизы, лимитов возмещения на конкретные виды услуг и/или заболеваний, а также возраста и рода деятельности Застрахованного лица и иных обстоятельств, влияющих на степень риска, указанных в п. 6.2.-6.3. настоящих Правил, в соответствии с базовыми тарифами и поправочными коэффициентами (Приложение №6 к настоящим Правилам).

4.3.1. Страховая сумма и страховая премия устанавливаются в рублях или в иной валюте, эквивалентной определенной сумме в рублях. При установлении страховой премии в иностранной валюте уплата страховой премии производится в рублях по официальному курсу иностранных валют ЦБ РФ на дату заключения Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.

4.3.2. Если Договором страхования не предусмотрено иное, страховая премия уплачивается Страхователем единовременно в полном объеме за весь срок страхования при заключении Договора страхования.

4.3.3. Если Договором страхования не предусмотрено иное, датой уплаты страховой премии считается:

4.3.3.1. по Договорам страхования, заключаемым с физическими лицами – дата в соответствии со статьей 37 «Порядок и формы оплаты работы (оказанной услуги)» Закона РФ «О защите прав потребителей»;

4.3.3.2. по Договорам страхования, заключаемым с юридическими лицами - дата уплаты страховой премии (страхового взноса) Страховщику/уполномоченному представителю Страховщика.



4.4. Франшиза - часть убытков, которая определена Договором страхования, не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями Договора страхования, и устанавливается в виде:

- определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере;
- в днях или ином временном периоде в течение срока действия страхования, обусловленного Договором страхования (временная франшиза).

4.4.1. В Договоре страхования по настоящим Правилам может быть установлена только безусловная франшиза.

В случае если Договором страхования определена франшиза в процентах и не указано, к какой сумме применяется данный процент, то процент применяется к общей страховой сумме по Договору страхования.

Если иное не установлено Договором страхования, франшиза, выраженная в валюте Договора страхования, устанавливается по каждому страховому случаю.

В этом случае размер страховой выплаты определяется как разница между размером страховой суммы и размером установленной франшизы.

4.4.2. В Договоре страхования может быть установлена временная франшиза. Временная франшиза – это период времени от начала срока действия договора страхования, в течение которого ответственность Страховщика не распространяется на наступившие с Застрахованным в этот период предусмотренного договором страхования события, имеющего признаки страхового случая.

В период действия временной франшизы наступившее с Застрахованным событие не является страховым случаем, услуги Страховщиком (Сервисной компанией) не организуются, любые убытки и расходы не подлежат возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями Договора страхования.

4.5. Эквивалент страховой суммы и лимитов ответственности Страховщика по различным категориям расходов устанавливаются по официальному курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному на дату оформления Договора страхования на каждого Застрахованного.

## **5. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. СРОК СТРАХОВАНИЯ**

5.1. Территория страхования – территория, в пределах которой может произойти событие, предусмотренное Договором страхования, и которое будет рассматриваться Страховщиком в качестве страхового случая.

5.2. Территорией страхования является территория Российской Федерации. Страхование не распространяется на следующие территории (если иное не предусмотрено Договором страхования):

5.2.1. территория ПМЖ Застрахованного лица;

5.2.2. территории, где ведутся военные действия или проводятся войсковые антитеррористические операции, имеют место вооруженные конфликты, столкновения;

5.2.3. территории, в пределах которых обнаружены и официально признаны очаги эпидемий;

5.2.4. территории, которые государственными органами или организациями РФ не рекомендованы для посещения.

Информация по территориям, перечисленным в пп. 5.2.2. - 5.2.4. настоящих Правил, публикуется на официальных сайтах Минздрава РФ, Роспотребнадзора, Ростуризма и официальных источниках исполнительной власти РФ.

5.2.5. территории, находящиеся за государственной границей РФ.

5.3. Договор страхования, если иное не предусмотрено в Договоре, с ответственностью Страховщика по страховым рискам из разделов «Медицинская и экстренная помощь», «Несчастный случай» действует в пределах территории страхования.

Договор страхования по страховому риску «Дожитие до события, связанного с отменой поездки», если иное не предусмотрено в Договоре, действует в пределах территории страхования и/или на территории ПМЖ в соответствии с выбранной программой страхования.

5.4. Срок действия Договора страхования (период времени, в течение которого действует Договор страхования) устанавливается по соглашению сторон в каждом конкретном случае. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Договор вступает в силу по времени места выдачи Договора с 00 часов 00 минут дня, указанного в Полисе, как день начала срока действия Договора страхования, но, в

любом случае, не ранее даты уплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса), и заканчивается по времени места выдачи Договора в 23 часа 59 минут дня, указанного в страховом Полисе как день окончания срока действия Договора страхования.

5.5. Страхование, обусловленное Договором страхования, заключенным на условиях настоящих Правил, действует с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем вступления Договора в силу, либо действует с даты уплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса), если иное не предусмотрено Договором страхования.

5.6. Срок страхования – это максимальный совокупный период действия страхования в рамках действия Договора, заявленный Страхователем/Застрахованным и согласованный Сторонами.

5.7. Срок страхования по Договору с ответственностью Страховщика, предусмотренной в соответствии с разделами «Медицинская и экстренная помощь» и «Несчастный случай» устанавливается равным количеству застрахованных дней нахождения Застрахованного на территории страхования.

Страхование по рискам раздела «Несчастный случай» действует в течение 24 часов в сутки (круглосуточно), на условиях, указанных в Договоре страхования, либо по соглашению сторон страховыми могут признаваться случаи, произошедшие с Застрахованным:

- только во время пребывания Застрахованного лица на борту воздушного судна;
- только во время тренировок и соревнований;
- только в результате дорожно-транспортного происшествия, то есть на дороге с участием моторизованного транспортного средства передвижения;
- только на время исполнения служебных обязанностей;
- в другое время, предусмотренное Договором страхования.

5.8. В рамках настоящих Правил под количеством застрахованных дней понимается количество дней пребывания на территории страхования, в течение которых действует страховая ответственность Страховщика, указанная в Договоре страхования в графе «Количество застрахованных дней». Отсчет количества застрахованных дней начинается с даты, указанной как начало действия Договора страхования.

5.9. Ответственность Страховщика по страховым рискам из разделов «Медицинская и экстренная помощь», «Несчастный случай» начинается с момента первого пересечения Застрахованным границы территории страхования при въезде на территорию страхования, но не ранее даты начала срока страхования, указанной в Договоре страхования, и до момента пересечения Застрахованным границы территории страхования при выезде с территории страхования, но не позднее даты окончания срока страхования, указанной в Договоре страхования по времени территории страхования.

Для иностранных граждан или лиц без гражданства: с момента пересечения государственной границы РФ, удостоверяемого отметкой пограничной службы в паспорте, или с началом срока страхования.

5.10. Ответственность Страховщика по страховому риску «Дожитие до события, связанного с отменой поездки» в части отмены поездки начинается с 00.00 часов даты, следующей за датой заключения Договора страхования, и заканчивается при въезде Застрахованного на территорию страхования, но не позднее 24.00 часов даты, указанной в Договоре страхования как дата начала срока страхования по страховому риску «Медицинская и экстренная помощь».

5.11. Ответственность Страховщика по страховому риску «Дожитие до события, связанного с отменой поездки» в части изменения сроков пребывания в поездке начинается с 00.00 часов даты пересечения границы территории страхования, но не ранее следующей за датой заключения Договора страхования, и заканчивается в 24.00 часов даты, указанной в Договоре страхования как дата окончания срока страхования по страховому риску «Медицинская и экстренная помощь».

5.12. Договором страхования могут особо оговариваться отличные от указанных в п. 5.10. и п. 5.11. настоящих Правил периоды ответственности Страховщика.

5.13. Если на момент заключения Договора страхования Застрахованный уже находится на территории страхования, то страхование на данную поездку не действует, если иное прямо не указано в Договоре страхования.

5.14. Страхование, обусловленное Договором страхования, действует в период срока страхования, указанного как застрахованное количество дней в Договоре страхования в графе «Количество застрахованных дней» для страховых рисков из разделов «Медицинская и экстренная помощь» и «Несчастный случай».

5.15. Если к моменту окончания срока страхования возвращение Застрахованного с территории страхования невозможно в связи с наступившим страховым случаем, связанным со стационарным лечением, и при наличии соответствующего медицинского заключения, страховая ответственность Страховщика по данному страховому случаю распространяется дополнительно на срок не более 10 (десяти) календарных дней с момента окончания лимита, установленного в графе «Количество застрахованных дней», если иное не предусмотрено Договором страхования. При этом ответственность Страховщика не распространяется на покрытие любых расходов по истечении 10 (десяти) календарных дней, в том числе расходов по возвращению Застрахованного на территорию ПМЖ, медицинской транспортировке или репатриации тела, если иное не предусмотрено Договором страхования.

По возникшим в этот период иным событиям, имеющим признаки страхового случая, Страховщик ответственности не несет и соответствующие события не признаются страховыми случаями.

## **6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ИСПОЛНЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

6.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется за обусловленную Договором плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного Договором страхования события (страхового случая) произвести страховую выплату в пределах установленной Договором страховой суммы.

6.2. Для заключения Договора страхования, Страховщик, с целью оценки страхового риска, принимаемого на страхование, вправе потребовать от Страхователя предоставить:

6.2.1. Заявление на страхование. Необходимость заполнения заявления на страхование определяется по усмотрению Страховщика исходя из его андеррайтерских процедур, степени и факторов риска.

6.2.2. Документ, удостоверяющий личность Страхователя – физического лица (его представителя), учредительные документы Страхователя – юридического лица, документы, подтверждающие полномочия представителя юридического лица.

6.3. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику достоверную информацию, имеющую значение для определения страхового риска, а также следующие сведения: планируемые даты начала и окончания пребывания в поездке, количество дней пребывания на территории страхования (не менее предполагаемого срока пребывания на территории страхования); цель поездки, в том числе выезд на лечение или реабилитацию; характер, интенсивность и условия работы Застрахованного, если Застрахованный выезжает в поездку для работы по найму; занятия спортом/активным отдыхом (видами деятельности, перечисленными в п.3.4.1. настоящих Правил), участие в соревнованиях любого вида; возраст Застрахованного; состояние здоровья Застрахованного, в том числе наличие группы (категории) инвалидности или имеющиеся основания для установления группы (категории) инвалидности, хронические заболевания, беременность; намерение употреблять алкогольные напитки; а в случае включения в Договор страхования страхового риска «Дожитие до события, связанного с отменой поездки»: если поездка осуществляется через туроператора/турагента - дату оплаты Договора о реализации туристского продукта (при оплате Договора о реализации туристского продукта в рассрочку – дату оплаты первого взноса); если поездка организуется самостоятельно - дату оплаты именных проездных документов, дату оплаты гостиницы.

В рамках настоящих Правил по тексту под именными проездными документами понимаются билеты на транспорт, если Договором страхования не предусмотрено иное.

6.4. Договор страхования заключается без медицинского освидетельствования Застрахованного. Заключая Договор страхования, Страхователь подтверждает, что Застрахованные лица не имеют группы инвалидности или категорию «ребенок-инвалид», не направлены на медико-социальную экспертизу для установления группы (категории) инвалидности и не являлись лицами, имеющими группу (категорию) инвалидности ранее, не прошедших очередное переосвидетельствование, в противном случае для приёма на страхование таких лиц Страхователь (Застрахованный) обязан уведомить об этом Страховщика и заполнить медицинскую анкету.

6.5. Договор страхования в соответствии с настоящими Правилами может быть заключен:

6.5.1. в стандартном порядке при непосредственном обращении Страхователя к Страховщику (его уполномоченному представителю) с устным или письменным заявлением о намерении заключить Договор страхования, в котором он сообщает указанные в пунктах 6.3. и 6.4. Правил сведения, необходимые для заключения Договора и оценки страхового риска. Письменное заявление Страхователя должно быть

подано в виде заполненного заявления (медицинской анкеты) по утвержденной Страховщиком форме, если Договором страхования не предусмотрено иное;

6.5.2. через официальный сайт Страховщика, в том числе с использованием мобильного приложения, на сайте Страховщика в личном кабинете.

6.5.3. Договор страхования может быть заключен до выезда Застрахованного на территорию страхования;

6.5.4. в Договоре страхования подпись Страховщика может быть выполнена путем факсимильного воспроизведения с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи, либо иного аналога собственноручной подписи, предусмотренного законодательством РФ;

6.5.5. если в Договоре страхования имеется ссылка на документ (Правила страхования или Полисные условия, или Условия страхования, или выписки (выдержки) из Правил), в котором изложены условия страхования (полностью или частично), то данные условия должны быть изложены в Договоре страхования либо на его оборотной стороне, либо приложены к Договору страхования как его неотъемлемая часть, либо Договор страхования должен содержать ссылку на адрес размещения таких условий на сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети Интернет, либо Страхователь должен быть проинформирован о таких условиях путем направления файла, содержащего текст данного документа, на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю любого электронного носителя информации (CD или DVD-диск, накопитель на жестких магнитных дисках, флеш-накопители и т.п.), на котором размещен файл, содержащий текст данного документа.

6.6. Договор страхования может быть заключен:

6.6.1. в письменной форме:

- путем составления полнотекстового Договора страхования, подписанного обеими сторонами. В этом случае по желанию Страхователя в подтверждение факта заключения Договора страхования может быть выдан страховой Полис (или Полисы на каждое Застрахованное лицо), подписанный Страховщиком;

- путем составления страхового Полиса.

Вручение Страхователю настоящих Правил / выписки из настоящих Правил / Полисных условий / Условий страхования при заключении Договора страхования удостоверяется записью в Договоре страхования.

Формы страхового полиса и договора страхования, прилагаемые к настоящим Правилам, являются типовыми, и Страховщик оставляет за собой право вносить в них изменения и дополнения в соответствии с условиями конкретного договора страхования при соблюдении законодательства РФ.

6.6.2. в форме электронного документа.

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.

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

Текст настоящих Правил или выписка из настоящих Правил, или Полисные условия, или Условия страхования, сформированные на основе положений настоящих Правил, относящихся к конкретной программе страхования или страховому продукту, и на основе которых заключен Договор страхования, дополнительно включается в текст Договора страхования либо прилагается к нему.

6.6.3. В соответствии с законодательством РФ Договор страхования может быть заключен посредством направления оферты (предложения заключить договор страхования) Страховщиком и её акцепта (принятия предложения) Страхователем. Совершение Страхователем, получившим оферту, в срок, установленный для её акцепта, действий по выполнению указанных в ней условий договора страхования считается акцептом, если иное не предусмотрено законом, иными правовыми актами или не указано в оферте.

6.7. Договор страхования может заключаться в форме комплексного договора на основании настоящих Правил и иных правил страхования.

6.8. В течение срока действия Договора Страхователь (Застрахованный) обязан обеспечить сохранность документов по Договору страхования. Если Договор страхования утрачен или испорчен до окончания срока действия Договора страхования, Страховщик выдает Страхователю на основании его письменного заявления дубликат. Данные, заполняемые Страховщиком в дубликате, должны соответствовать данным, содержащимся в утраченном (испорченном) Договоре страхования. После выдачи дубликата утраченный (испорченный) Договор страхования считается недействующим и страховые выплаты по нему не

производятся. При повторной утрате (порче) Договора страхования Страховщик имеет право потребовать, а Страхователь обязан оплатить стоимость предоставления бланка в размере 100 (ста) рублей.

6.9. Для подтверждения достоверности информации, сообщенной Страхователем, а также в целях идентификации Страхователя и Застрахованных (Выгодоприобретателей) Страховщиком могут быть запрошены следующие документы:

- паспорт либо иной документ, удостоверяющий личность Застрахованного;
- миграционная карта;
- документ, подтверждающий право иностранного гражданина и лица без гражданства на пребывание в РФ;
- свидетельство о постановке на учет физического лица в территориальном органе МВД России;
- свидетельство о государственной регистрации юридического лица;
- выписка из единого государственного реестра юридических лиц;
- свидетельство о постановке на учет в налоговом органе;
- свидетельство о регистрации, выданное в стране регистрации (для юридических лиц нерезидентов);
- свидетельство о постановке на учет физического лица в территориальном органе ФНС России;
- свидетельство о присвоении кода иностранной организации, выданное в стране регистрации (для юридических лиц нерезидентов);
- свидетельство о регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя;
- медицинские документы, содержащие сведения о состоянии здоровья Застрахованного (выписки из медицинских карт, содержащие данные об обращениях за медицинской помощью и/или подробные данные его осмотра врачами-специалистами; справки из диспансеров по месту жительства (психоневрологического, наркологического, онкологического, кожно-венерологического - состоит/не состоит на учете); справки учреждений эпидемиологического надзора, ТФОМС, результаты медицинских исследований, проведенных Застрахованному (электрокардиографии, рентгенографии, или рентгеноскопии, компьютерного исследования, анализов крови, мочи и т.п.); подлинные медицинские документы и их копии;
- документы, выданные по месту работы Застрахованного, содержащие информацию о характере, интенсивности, и условиях работы (справки, трудовые договоры, контракты и т.п.);
- ранее заключенные в отношении Застрахованного Договоры страхования.

Все предоставляемые Страховщику документы (за исключением копий ранее заключенных в отношении Застрахованного Договоров страхования) должны быть актуальными и действующими на дату заключения Договора страхования либо принятия на страхование Застрахованного.

В случае если представленные документы не содержат информации, предусмотренной настоящими Правилами, необходимой для оценки страхового риска и принятия на страхование конкретного лица, а также содержат противоречивую информацию, Страховщик имеет право по согласованию со Страхователем запросить дополнительные документы, необходимые для заключения Договора страхования, проводить экспертизу представленных документов, проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, имеющую отношение к заключению Договора страхования, направляя официальный запрос для определения возможного размера материального ущерба. Страхователь (Застрахованный) обязан предоставить Страховщику по его требованию письменное разрешение на получение указанной информации в медицинских и иных учреждениях. В случаях отказа Страхователя от предоставления дополнительно запрашиваемых документов, Страховщик имеет право применить поправочный коэффициент к базовому страховому тарифу и/или франшизу при принятии на страхование лица, в отношении которого запрошенные Страховщиком документы не были предоставлены.

6.10. Договор страхования может быть заключен на случай наступления для Застрахованного как всех рисков, указанных в настоящих Правилах, так и на случай наступления одного или нескольких из них.

Настоящими Правилами предусмотрены Программы страхования, указанные в пунктах 16.6, 21.5., 27.6. Договор страхования считается заключенным на условиях указанных программ страхования в том случае, если в договоре страхования прямо указывается на их применение.

6.11. Страховщик вправе формировать на основе настоящих Правил и действующего законодательства Российской Федерации иные, отличные от указанных в п. 16.6., 21.5., 27.6. настоящих Правил, Программы страхования, или Полисные условия, или Условия страхования, при этом Программы страхования, или Полисные условия, или Условия страхования могут быть применимы к конкретному типу (виду)

единообразных Договоров страхования, сегменту потребителей страховых услуг и т.п. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных Договоров страхования, заключенным на основе настоящих Правил, в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации.

6.12. При заключении Договора страхования или в период его действия стороны могут договориться об изменении, дополнении или исключении из условий Договора страхования отдельных положений настоящих Правил, при условии, что такие изменения, дополнения или исключения не противоречат законодательству Российской Федерации.

6.13. При наличии противоречий между положениями Договора страхования и настоящих Правил преимущественную силу имеют нормы, содержащиеся в Договоре страхования.

## **7. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

7.1. Договор страхования прекращается в случаях:

7.1.1. окончания срока действия Договора страхования;

7.1.2. выполнения Страховщиком обязательств по осуществлению страховой выплаты в полном объеме до истечения срока страхования;

7.1.3. по требованию Страхователя;

7.1.4. по соглашению Сторон;

7.1.5. получения временной прописки/регистрации/получения разрешения на жительство/постоянное проживание на территории страхования, гражданства на территории страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования;

7.1.6. ликвидации Страховщика;

7.1.7. неуплаты страховой премии – в соответствии с положениями п. 7.4. настоящих Правил;

7.1.8. иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

7.2. При отказе Страхователя от Договора страхования при условии уплаты в полном размере страховой премии по Договору страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования:

7.2.1. До начала срока страхования по всем страховым рискам кроме страхового риска «Дожитие до события, связанного с отменой поездки» уплаченная Страховщику страховая премия подлежит возврату Страхователю в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты предоставления Страхователем заявления о прекращении Договора страхования. При этом Страховщик удерживает 35 (тридцать пять) процентов от полученной Страховщиком страховой премии, но не менее 100 (ста) рублей.

Для иностранных граждан и лиц без гражданства - если при отказе Страхователя от Договора страхования до начала срока страхования виза Застрахованного на дату начала срока страхования является открытой на территорию страхования, указанную в Договоре страхования, то полученная Страховщиком страховая премия возврату не подлежит. Отсутствие открытой визы Застрахованного/-ых на дату начала срока страхования должно быть подтверждено Страхователем путем предоставления копии загранпаспорта Застрахованного/-ых.

Возврат страховой премии по выбору Страхователя осуществляется наличными деньгами или в безналичном порядке в течение 10-ти рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

7.2.2. После начала срока страхования по всем страховым рискам уплаченная Страховщику страховая премия возврату не подлежит, если иное не предусмотрено Договором страхования.

7.3. В части страхования по страховому риску «Дожитие до события, связанного с отменой поездки» страховая премия, уплаченная Страховщику, возврату не подлежит, если иное не предусмотрено Договором страхования.

7.4. В рамках настоящих Правил Страхователь и Страховщик соглашаются и признают, что (при уплате страховой премии в рассрочку) неуплата или уплата в меньшем размере Страхователем страхового взноса по вступившему в силу Договору страхования в предусмотренные Договором страхования сроки безусловно является выражением воли (волеизъявлением) Страхователя на односторонний отказ от Договора страхования (прекращение Договора страхования) с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в Договоре страхования как дата уплаты страхового взноса. В данном случае Страховщик уведомляет Страхователя о согласии на досрочное прекращение по инициативе Страхователя Договора страхования с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в Договоре страхования как крайняя

дата уплаты страхового взноса, путем направления Страхователю письменного уведомления о прекращении действия Договора страхования. В этом случае Договор страхования будет считаться прекратившим свое действие с 00 часов 00 минут дня, следующего за датой, указанной в Договоре страхования как дата уплаты страховой премии.

7.5. С прекращением Договора страхования прекращается обязанность Страховщика по осуществлению страховых выплат в отношении страховых случаев, наступивших после момента прекращения Договора страхования.

7.6. При прекращении Договора страхования в связи с неуплатой очередного страхового взноса уплаченная страховая премия возврату не подлежит.

7.7. В случае, когда Застрахованный заявляет о своем невыезде в поездку после истечения периода страхования, указанного в договоре страхования, страховая премия не возвращается.

Особые условия отказа Страхователя — физического лица от Договора.

7.7.1. Страхователь — физическое лицо в дополнение к условиям о досрочном расторжении договора страхования вправе досрочно отказаться от договора добровольного страхования в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

7.7.2. В случае если Страхователь отказался от договора страхования 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.

7.7.3. В случае если Страхователь отказался от договора страхования в срок, указанный в части 1 настоящего пункта, но после даты начала действия договора страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю удерживает её часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования, если иного не предусмотрено соглашением сторон.

7.7.4. 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.

7.7.5. 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.

## **8. ОБЩИЕ ОБЯЗАННОСТИ И ПРАВА СТОРОН. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЙ, ИМЕЮЩИХ ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ**

### **8.1. Страхователь обязан:**

8.1.1. сообщить Страховщику при заключении Договора страхования:

8.1.1.1. известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления в соответствии с п. 6.3., 6.4. настоящих Правил;

8.1.1.2. по запросу Страховщика для юридических лиц - сведения по убыточности предыдущего Договора страхования;

8.1.2. информировать Страховщика в период действия Договора страхования о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение вероятности наступления страхового случая. В случае если Страхователем не сообщены соответствующие сведения, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным и применения предусмотренных законодательством РФ последствий недействительности Договора;

8.1.3. уплачивать страховую премию в размере и в сроки, установленные Договором страхования;

8.1.4. предоставлять Страховщику/Сервисной компании по их требованию письменное разрешение на получение информации в медицинских и иных учреждениях и содействовать в ее получении. При урегулировании события, имеющего признаки страхового случая, эта обязанность также распространяется на Застрахованного, при этом указанные действия осуществляются за счёт Страхователя /Застрахованного;

#### 8.1.5. Страхователь (Застрахованный, его представитель) обязан:

8.1.5.1. быть доступным для связи с круглосуточным центром помощи Страховщика, используя возможные способы связи и предоставлять запрашиваемую круглосуточным центром помощи Страховщика информацию и необходимые для урегулирования документы, в том числе: копии загранпаспорта, медицинских документов по лечению, проездных документов, документов компетентных органов, письменные разъяснения. В случае неисполнения обязательств Страхователем (Застрахованным, его представителем), предусмотренных п. 8.1. Правил без объективных причин Страховщик может отказать в дальнейшей организации урегулирования события, имеющего признаки страхового случая, или выплате по страховому случаю, если неисполнение обязательств влечет:

- невозможность установления обстоятельств заявленного события и/или однозначной трактовки события как страхового случая, подтверждения или проверки заявленных сведений;
- дополнительные расходы, возникшие в связи с несвоевременной оплатой счета;
- необоснованное увеличение срока пребывания Застрахованного на территории страхования;
- размещение гарантийных обязательств по оплате расходов при отсутствии достаточных сведений для признания случая страховым.

Если Страховщиком случай был признан страховым и по нему были осуществлены выплаты, которые затем были признаны нестраховыми в связи с получением дополнительной информации, не предоставленной в момент принятия решения о признании наступившего с Застрахованным события страховым случаем и о страховой выплате, Страховщик имеет право потребовать возврат осуществленных выплат с Застрахованного;

8.1.5.2. с момента получения Договора страхования и до момента начала поездки ознакомиться самостоятельно с полной редакцией Правил страхования, размещённых на сайте Страховщика, оценить предстоящие риски во время поездки и сообщить о них Страховщику, а также уведомить об иных обстоятельствах, не сообщенных Страховщику на момент заключения Договора страхования из числа перечисленных в п. 6.3., 6.4., с целью внесения изменений в Договор страхования до даты, указанной как начало срока страхования в Договоре страхования. Если по каким-либо причинам при заключении Договора страхования и/или до начала поездки Страхователь не указал существенно значимые условия для определения степени страхового риска, указанных в п. 6.3., 6.4. настоящих Правил, то до начала поездки Страхователь обязан уведомить Страховщика о них с целью перезаключения Договора страхования на новых условиях. В противном случае, если Страхователь не уведомил Страховщика об известных ему обстоятельствах из числа перечисленных в п. 6.3., 6.4. настоящих Правил, то Страховщик оставляет за собой право признать Договор страхования не действительным как только стало об этом известно и вернуть Страхователю 100% уплаченной страховой премии, а также отозвать все гарантии страховой выплаты, направленные Страховщиком для оказания помощи Застрахованному.

#### 8.2. Страховщик обязан:

8.2.1. ознакомить Страхователя (Застрахованных), а также лиц, имеющих намерение заключить Договор страхования, о наборе страховых рисков и исключений по Договору страхования, ознакомить с Правилами страхования, в том числе путем их размещения на сайте Страховщика [www.karlife.ru](http://www.karlife.ru), а также разъяснить положения, содержащиеся в Договоре страхования и в настоящих Правилах.

8.2.2. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным);

8.2.3. по случаям, признанным Страховщиком страховыми, произвести выплату страхового возмещения в порядке и в сроки, оговоренные Договором страхования;

8.2.4. соблюдать условия настоящих Правил и Договора страхования;

8.2.5. информировать Страхователя (Застрахованного) по вопросам, связанным с исполнением Договора страхования.

Все уведомления, направляемые Страховщиком Страхователю (Застрахованному), считаются сделанные надлежащим образом, если они направлены:

- на адрес места жительства (места временного пребывания) Страхователя - физического лица, либо на иной адрес, указанный Страхователем в договоре страхования, страховом полисе, приложениях и дополнениях к нему или ином документе (извещение, заявление на выплату), с контактными данными, поданным от лица Страхователя (Выгодоприобретателя). В случае изменения такого адреса, Страхователь обязан письменно уведомить об этом Страховщика;



- на адрес места нахождения юридического лица, либо на иной адрес, указанный Страхователем в договоре страхования, страховом полисе, приложениях и дополнениях к нему. В случае изменения такого адреса, Страхователь обязан письменно уведомить об этом Страховщика. В любом случае, считается надлежащим уведомление, направленное на адрес места нахождения Страхователя, указанный в ЕГРЮЛ на дату направления уведомления;

- на адрес электронной почты Страхователя, указанный Страхователем в договоре страхования, страховом полисе, приложениях и дополнениях к нему. В случае изменения такого адреса, Страхователь обязан письменно уведомить об этом Страховщика;

- путем SMS уведомления на номер мобильного телефона, указанный Страхователем в Договоре страхования, приложениях и дополнениях к нему. В случае изменения такого номера телефона, Страхователь обязан письменно уведомить об этом Страховщика.

Все уведомления, направляемые Страхователем Страховщику, считаются сделанными надлежащим образом, если они направлены:

- на адрес места нахождения Страховщика;

- на адрес электронной почты Страховщика, указанный в договоре страхования, страховом полисе, приложениях и дополнениях к нему, либо на официальном сайте Страховщика.

Документы, предоставляемые при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, принимаются по адресу, указанному для этой цели в Договоре страхования или на официальном сайте Страховщика.

8.2.6. по письменному запросу Страхователя (Застрахованного) в срок, не превышающий тридцати дней, предоставить в письменном виде информацию и документы (в том числе выписки из них) в объеме, не противоречащем действующему законодательству, на основании которых Страховщиком было принято решение о страховой выплате;

8.2.7. сообщить в письменной форме Страхователю (Застрахованному, Выгодоприобретателю) об увеличении сроков рассмотрения документов в целях принятия решения о признании/непризнании события страховым случаем (в случаях, перечисленных в пп. 8.5.6., 8.5.7. Правил).

### **8.3. Страхователь имеет право:**

8.3.1. на получение дубликата Договора страхования в случае его утраты, порчи;

8.3.2. на досрочное прекращение Договора страхования.

8.4. Застрахованный имеет право:

8.4.1. на получение услуг и страховую выплату в соответствии с Договором страхования;

8.4.2. на получение разъяснений от Страховщика по Правилам;

8.4.3. на информирование Страховщика о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления услуг по Договору страхования.

Право Застрахованного на получение и оплату услуг, страховую выплату, предусмотренных Договором страхования, наступает после вступления Договора страхования в силу.

### **8.5. Страховщик имеет право:**

8.5.1. запросить при заключении Договора страхования у Страхователя сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размеров возможных убытков от его наступления;

8.5.2. потребовать заполнения Страхователем и/или Застрахованным заявления на страхование/медицинской анкеты и/или представления необходимых документов и/или прохождения медицинского обследования;

8.5.3. произвести обследование лица, подлежащего страхованию или получившего экстренные услуги, для оценки фактического состояния его здоровья или последствий страхового случая;

8.5.4. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию;

8.5.5. проверять соблюдение Страхователем (Застрахованным) условий Договора страхования;

8.5.6. направлять при необходимости для принятия решения о страховой выплате запросы в компетентные органы об обстоятельствах наступления страхового случая, а также запрашивать у Застрахованного (Выгодоприобретателя, представителя Застрахованного) дополнительные сведения и документы, подтверждающие факт наступления и причину страхового случая;

8.5.7. потребовать признания Договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных действующим законодательством РФ, если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные или не сообщил сведения, из числа перечисленных в п. 6.3., 6.4. настоящих Правил, об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размеров возможных убытков от его наступления;

8.5.8. применять к базовым страховым тарифам повышающие и/или понижающие коэффициенты (именуемые в дальнейшем - поправочные коэффициенты);

8.5.9. запрашивать у Застрахованного лица (или его законного представителя) или медицинского учреждения, оказавшего медицинскую помощь (на основе письменного согласия Застрахованного лица или его законного представителя), необходимую информацию и документацию, а также проводить проверку всех представленных документов. При неполучении запрашиваемых документов и, как следствие, невозможности установления страховой природы случая Страховщик имеет право отказать в страховой выплате;

8.5.10. проводить медицинское освидетельствование Застрахованного врачом, назначенным Страховщиком;

8.5.11. рекомендовать Страхователю (Застрахованному) в том числе посредством Сервисной компании:

8.5.11.1. самостоятельно обратиться в одно из официальных лицензированных медицинских учреждений за медицинской помощью в экстренном (ургентном) порядке по жизненным показаниям с привлечением местной скоройпомощной медицины;

8.5.11.2. самостоятельно обратиться в официальное лицензированное медицинское учреждение за необходимой помощью за наличный расчет с сохранением всех документов по событию, имеющему признаки страхового случая, и с последующим обращением к Страховщику для принятия решения по вопросу возмещения потраченных средств;

8.5.11.3. медицинская помощь оказывается Застрахованному лицу в соответствии с режимом работы местных лечебных учреждений / врачей и регламентом работы (стандартами) служб медицинской помощи;

8.5.12. Страховщик вправе определять порядок и объем предоставления медицинских и иных услуг, в зависимости от законодательства и особенностей, возможностей региона временного пребывания Застрахованного.

8.5.13. Страховщик вправе согласовать и оплатить по собственному усмотрению:

8.5.13.1. иное количество посещений врача или клиники, указанных в пункте 13.6.1.1.д;

8.5.13.2. расходы, связанные с предоставлением Застрахованному лицу дополнительного комфорта при стационарном лечении, указанные в п. 13.3.в.;

8.5.13.3. расходы на проживание близкого родственника Застрахованного в гостинице более высокого класса, чем указано в п. 13.6.4.4.г.;

8.5.14. Потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска в случае его уведомления об обстоятельствах, влекущих увеличение данного страхового риска.

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе расторгнуть Договор страхования в порядке, предусмотренном законодательством РФ или отказать в организации медицинской и иной помощи.

8.5.15. Сократить сумму страховой выплаты (до размеров, указанных в п. 13.2.б), или потребовать участия в расходах Страхователя (Застрахованного), если течение внезапного заболевания или травмы, усугубляется хроническим заболеванием.

8.5.16. Не возмещать полностью или частично расходы, не организованные Сервисной компанией / Страховщиком и/или предварительно не согласованные с ним.

**8.6. При наступлении событий, которые имеют признаки страхового случая, Застрахованный или его представитель обязан:**

8.6.1. принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры, чтобы уменьшить возможные убытки, и действовать так, как если бы Застрахованные не были застрахованы;

8.6.2. предоставлять Страховщику всю доступную и достоверную информацию и документацию, переведенную на русский язык, позволяющую судить о причинах и последствиях события, имеющего

признаки страхового случая, характере и размере причиненного ущерба. Предоставление противоречащей, ложной или неполной информации, дает право Страховщику признать событие нестраховым случаем;

8.6.3. следовать всем указаниям Страховщика или Сервисной компании, включая устные указания сотрудника (контактного лица Страховщика и/или Сервисной компании), а также назначения и предписания уполномоченного Страховщиком или Сервисной компанией лечащего врача на территории страхования (далее – лечащий врач);

8.6.4. выполнять обязанности, предусмотренные в Договоре страхования и настоящих Правилах;

8.6.5. освободить лечащего врача и иной медицинский персонал, оказывающий услуги Застрахованному, от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком/Сервисной компанией в части передачи информации, касающейся страхового случая;

8.6.6. давать согласие на предоставление Страховщику и/или Сервисной компании информации о состоянии его здоровья;

8.6.7. пройти обследование для оценки его фактического состояния по требованию Страховщика/Сервисной компании;

8.6.8. Застрахованный, его представитель или заинтересованное лицо обязан заблаговременно, в любое время суток до обращения, визита в медицинское учреждение, получения/организации иных услуг, предусмотренных настоящими Правилами, связаться с круглосуточным центром помощи Страховщика /Сервисной компании и проинформировать о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по указанным в Договоре страхования телефонам для обеспечения со стороны Страховщика / Сервисной компании возможности своевременно организовать необходимую помощь, выдать необходимые рекомендации, либо для согласования самостоятельного обращения за необходимой помощью и расходов, связанных с ней, и сообщить/предоставить следующую информацию:

8.6.8.1. фамилию, имя Застрахованного, нуждающегося в помощи;

8.6.8.2. номер Договора страхования;

8.6.8.3. время и обстоятельства происшедшего и характер требуемой помощи;

8.6.8.4. местонахождение Застрахованного и номер контактного телефона для обратной связи;

8.6.8.5. в отдельных случаях по требованию Страховщика или Сервисной компании предоставить любыми возможными способами: копию, сканкопию или фотокопию Договора страхования, документ основания пребывания на территории страхования (для иностранных граждан и лиц без гражданства);

8.6.9. получить медицинскую и иную помощь в соответствии с инструкциями сотрудника круглосуточного центра помощи Сервисной компании и/или Страховщика;

8.6.10. предъявить медицинскому персоналу оригинал страхового Полиса;

8.6.11. оплатить непосредственно в клинику сумму безусловной франшизы, если она предусмотрена Полисом или настоящими Правилами страхования, и суммы, превышающие лимит ответственности Страховщика по Полису. Если по разным условиям Договора применяется разный размер франшизы в условных единицах, то при осуществлении страховой выплаты Застрахованный должен оплатить франшизу только один раз в максимальном размере;

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

8.6.13. при невозможности связаться с круглосуточным центром помощи Сервисной компании и/или Страховщика в момент наступления страхового случая сделать это при первой возможности и предъявить Полис, не оплачивая при этом услуг, предлагаемых или оказанных третьими лицами, без получения официального подтверждения сотрудника круглосуточного центра помощи Сервисной компании и/или Страховщика, зафиксировавшего обращение в базе данных Сервисной компании и/или Страховщика;

8.6.14. письменно обосновать Страховщику причину невыполнения требований п.8.6. Правил;

8.6.15. самостоятельно и за свой счёт получать дополнительные медицинские и иные документы, уточняющую, дополнительную информацию, имеющую отношение к страховому случаю, необходимую по требованию Страховщика за счёт Страхователя.

8.7. При нарушении п. 8.6. настоящих Правил расходы, понесенные непосредственно Застрахованным/его представителем, не подлежат возмещению, страховая выплата не осуществляется.

8.8. Договором страхования могут быть предусмотрены иные права и обязанности Сторон.

## **9. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ВЫПЛАТЫ**

9.1. При наступлении страхового случая Страховщик обязан произвести страховую выплату в порядке и на условиях, определенных настоящими Правилами.

Страховая выплата - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном Договором страхования, и выплачивается Страховщиком Страхователю (Застрахованному, Выгодоприобретателю) при наступлении страхового случая за исключением раздела «Медицинская и экстренная помощь». Максимальный размер страховой выплаты по отдельному страховому риску не может превышать величину страховой суммы по данному страховому риску.

9.2. По страховым рискам в настоящих Правилах и/или непосредственно в Договоре страхования может быть установлена предельная сумма страховой выплаты (далее по тексту – «Лимит ответственности»). Размер страховой выплаты не может превышать соответствующий лимит ответственности Страховщика. Общая сумма выплат не может превышать размера общей страховой суммы, указанной в Договоре страхования (Правилах).

9.3. Порядок определения размера и осуществления страховой выплаты определены по каждому страховому риску в соответствующих разделах настоящих Правил.

9.4. Страховая выплата Страхователю (Застрахованному, Выгодоприобретателю) производится в рублях.

Страховая выплата (возмещение расходов), выраженная (выраженных) в валюте иной, чем рубль РФ, производится в рублях по курсу ЦБ РФ для данной валюты, если иное не установлено в Договоре страхования: - на дату страхового случая (первичное обращение за оказанием медицинской помощи) по страховому случаю «Медицинская и экстренная помощь»;

- на дату страхового случая по страховым рискам из разделов: «Несчастный случай», «Дожитие до события, связанного с отменой поездки».

В случае, если курс валюты Договора страхования на дату наступления страхового случая (первичного обращения за оказанием медицинской помощи) больше курса валюты договора на дату заключения Договора страхования, то при расчете страховой выплаты и размера франшизы, применяется курс валюты Договора страхования на дату заключения Договора страхования.

9.5. Возмещение расходов по страховому риску «Медицинская и экстренная помощь» осуществляется Застрахованному (его представителю, если Застрахованный – недееспособное лицо).

В случае если расходы оплачены Страхователем, возмещение расходов осуществляется Страхователю; в случае если расходы оплачены третьим лицом, расходы возмещаются непосредственно Застрахованному либо его законному представителю, если Застрахованный на момент наступления события является недееспособным лицом, либо третьему лицу, понесшему такие расходы только по письменному заявлению от Застрахованного (его законного представителя).

9.6. Для решения вопроса о признании наступившего с Застрахованным события страховым случаем и о страховой выплате Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель, наследники) обязан представить Страховщику письменное заявление с указанием реквизитов расчетного счета и с приложением к нему документов, полный перечень которых указан в соответствующих разделах настоящих Правил.

9.7. Документы на иностранном языке предоставляются вместе с нотариально заверенным переводом оригиналов документов. Расходы по сбору указанных документов и их переводу оплачивает получатель выплаты. Данные расходы Страховщиком не возмещаются, если Договором страхования не предусмотрено иное. В случае не предоставления перевода документов случай не может быть признан страховым, Страховщик не несет ответственности и выплата не осуществляется.

9.8. Страховая выплата по страховым рискам, перечисленным в разделе «Медицинская и экстренная помощь» производится в размере прямых реальных расходов (убытков), подлежащих возмещению по Договору страхования, включая организационные расходы, связанные с оказанием помощи Застрахованному лицу, за вычетом франшизы, но не более страховой суммы и лимитов ответственности, установленных в Договоре страхования по данному виду страхового риска и/или расходов. Страховая выплата по страховым рискам, перечисленным в разделах «Дожитие до события, связанного с отменой поездки» и «Несчастный случай» производится за вычетом франшизы, если она установлена по данным разделам.

9.9. Срок подачи письменного заявления и предоставления оригинальных документов для получения страховой выплаты составляет 30 (тридцать) рабочих дней с даты возвращения из поездки.

9.10. С момента получения Страховщиком документов, необходимых и достаточных для установления факта, причин, обстоятельств страхового случая и размера убытка, указанных в соответствующих разделах настоящих Правил по каждому страховому риску, Страховщик в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения всех необходимых документов, если иной срок не указан в Договоре страхования, принимает решение о признании или непризнании заявленного события страховым случаем, Страховщик вправе по своему усмотрению сократить перечень документов, необходимых и достаточных для установления факта, причин, обстоятельств страхового случая и размера убытка, указанных в соответствующих разделах настоящих Правил по каждому страховому риску и принять решение о признании события, наступившего с Застрахованным, страховым случаем.

Страховая выплата производится лицу, имеющему право на ее получение, в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после принятия решения о признании заявленного события страховым случаем, если иной срок не указан в Договоре страхования. В случаях, когда страховая выплата производится лицу/организации, оказавшим услугу, страховая выплата производится в сроки и порядке, согласованными с организацией-получателем.

После осуществления страховой выплаты/принятия решения об отказе в выплате оригиналы платежных документов Застрахованным не возвращаются.

В случае принятия решения об отказе в страховой выплате письменное уведомление о принятом решении с обоснованием причин отказа направляется Страхователю (Застрахованному, Выгодоприобретателю) в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента принятия решения о непризнании заявленного события страховым случаем.

9.11. Если представленные документы не дают возможности принять решение о страховой выплате, Страховщик имеет право запросить дополнительные документы, необходимые для принятия окончательного решения, а также проводить экспертизу представленных документов, самостоятельно выяснять причины и обстоятельства наступившего с Застрахованным лицом события, имеющего признаки страхового случая.

Если у Страховщика возникла необходимость в проверке предоставленных документов, в направлении дополнительных запросов или по факту причинения вреда жизни и здоровью Страхователя (Застрахованного, третьих лиц) возбуждено уголовное дело, Страховщик принимает решение о признании/непризнании случая страховым на основании документов о результатах проведенной проверки, ответов на запросы, вступившего в законную силу решения суда либо постановления о прекращении производства по делу.

При осуществлении Страховщиком дополнительных запросов, указанных в настоящем пункте, для установления природы страхового события срок осуществления страховой выплаты продлевается на срок получения всех необходимых документов.

9.12. В случае если в процессе урегулирования заявленного события из документов и материалов, полученных Страховщиком, следует, что:

9.12.1. данное событие признано нестраховым или не подпадающим под действие Договора страхования, заключенного на основании настоящих Правил, то в соответствии с дополнительным соглашением, подписанным обеими сторонами, оплаченные Страховщиком/Сервисной компанией уже оказанные и/или подлежащие оказанию Застрахованному медицинские и иные услуги, должны быть возмещены Страховщику/Сервисной компании Застрахованным и/или Страхователем по письменному требованию Страховщика/Сервисной компанией в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты окончания поездки Застрахованного;

9.12.2. данное событие признано страховым, но в соответствии с условиями Договора страхования и дополнительного соглашения, подписанного обеими сторонами, страховая выплата осуществляется в размере установленного лимита ответственности (страховой суммы) по соответствующему событию, то оплаченные Страховщиком/Сервисной компанией уже оказанные и/или подлежащие оказанию Застрахованному медицинские и иные услуги сверх установленного лимита ответственности (страховой суммы), должны быть возмещены Страховщику/Сервисной компании Застрахованным и/или Страхователем по письменному требованию Страховщика/Сервисной компанией в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты окончания поездки Застрахованного.

9.13. У Страховщика не возникает правовых оснований/обязанности по страховой выплате по страховому случаю:

- 9.13.1. если лицо, требующее получение страховой выплаты, не является Страхователем, Застрахованным, Выгодоприобретателем или представителем кого-либо из этих лиц по доверенности;
- 9.13.2. если Договор страхования является недействительным в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 9.13.3. если заявленное событие (убыток) в действительности не имело места или не подтверждено соответствующими документами;
- 9.13.4. если наступившее событие не отвечает признакам страхового случая, предусмотренного настоящими Правилами и/или Договором страхования;
- 9.13.5. если заявленное событие наступило до момента заключения Договора страхования;
- 9.13.6. если наступившие событие и (или) убытки исключены из страхования в соответствии с условиями настоящих Правил и/или Договора страхования;
- 9.13.7. если имеются основания для освобождения Страховщика от страховой выплаты, предусмотренные законодательством Российской Федерации;
- 9.13.8. если не выполнены какие-либо условия, предусмотренные одной или несколькими главами 8, 9, 15, 16, 20, 21, 24, 26 настоящих Правил, и такое неисполнение сказалось на обязанности Страховщика осуществить страховую выплату (ст. 961 ГК);
- 9.13.9. в части страховой выплаты, которая не подтверждена Страхователем, Застрахованным (Выгодоприобретателем) документально и отсутствие документов по факту наступления заявленного события не позволяет Страховщику установить соответствующий размер/часть убытков;
- 9.13.10. если убыток возмещен третьими лицами (за исключением Страхователя, законного представителя Застрахованного/Страхователя);
- 9.13.11. если Страхователь в одностороннем порядке отказался от исполнения обязательств и/или изменил условия настоящих Правил и/или заключенного Договора страхования;
- 9.13.12. если Страхователь (Застрахованный) своевременно не известил Страховщика о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с п. 8.6.8. настоящих Правил, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, либо что Застрахованный по медицинским показаниям не смог связаться с Сервисной компанией/Страховщиком в момент наступления события, имеющего признаки страхового случая.

## **10. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ**

- 10.1. Страхователь, заключивший Договор страхования со Страховщиком на условиях настоящих Правил, подтверждает свое согласие на обработку Страховщиком перечисленных ниже персональных данных Страхователя для осуществления страхования по Договору страхования, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, а также в целях информирования Страхователя о других продуктах и услугах Страховщика.
- 10.2. Персональные данные Страхователя включают в себя: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, паспортные данные, адрес проживания, другие данные, указанные в заключенном со Страховщиком Договоре страхования (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения и др.), которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством РФ к персональным данным.
- 10.3. Страхователь предоставляет Страховщику право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные посредством включения их в электронные базы данных Страховщика.
- 10.4. Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору страхования передавать персональные данные Страхователя третьим лицам, при условии, что у Страховщика есть соглашение с указанными третьими лицами, обеспечивающее безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных.
- 10.5. Подтверждая получение настоящих Правил, Страхователь дает свое согласие на обработку персональных данных Страхователя с момента заключения Договора страхования (если заключению Договора страхования предшествовала подача Страхователем заявления на страхование, то согласие действует с даты, указанной в заявлении на страхование). Согласие Страхователя на обработку

персональных данных Страхователя действует в течение 10 лет (если иное не установлено Договором страхования).

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

10.7. Страхователь вправе не предоставлять Страховщику право на использование вышеуказанных персональных данных. Страхователь также вправе в любое время ограничить или отозвать предоставленное согласие на обработку персональных данных.

10.8. В случае несогласия Страхователя на предоставление вышеуказанных персональных данных, Страховщик при возникновении необходимости на обработку персональных данных запрашивает у Страхователя согласие в соответствии с действующим законодательством.

10.9. Настоящим Страховщик также подтверждает, что отсутствие согласия Страхователя на обработку Страховщиком персональных данных никаким образом не повлияет на права Страхователя и/или обязательства Страховщика по заключенному Договору страхования.

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

## **11. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ**

11.1. Споры, возникающие по Договору страхования, разрешаются путем переговоров.

11.2. При недостижении согласия, спор передается на рассмотрение суда в порядке, предусмотренном законодательством РФ. Права и обязанности сторон по Договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил, регулируются законодательством РФ.

## **РАЗДЕЛ 2. «МЕДИЦИНСКАЯ И ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ»**

### **12. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

12.1. Объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания Застрахованному медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг), иных услуг вследствие расстройства его здоровья или состояния, требующих организации и оказания таких услуг.

### **13. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И РАСХОДЫ, ВОЗМЕЩАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ**

13.1. Страховым случаем по разделу «Медицинская и экстренная помощь», если иное не предусмотрено Договором страхования, является событие, возникшее на территории страхования в указанные Договором сроки и потребовавшее обращения Страхователя (Застрахованного, его представителей) в Сервисную компанию/к Страховщику по поводу подтвержденного инструментальными и/или лабораторными методами исследования и/или установленными врачом объективными симптомами внезапного острого заболевания, полученной травмы, отравления, обострения хронического заболевания, угрожающего жизни Застрахованного, за оплатой следующих расходов:

13.1.1. медицинская помощь в экстренной и неотложной формах.

В рамках настоящих Правил под экстренной медицинской помощью понимается медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни Застрахованного.

В рамках настоящих Правил под неотложной медицинской помощью понимается медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни Застрахованного;

В рамках настоящих Правил под медицинской помощью понимается экстренная медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни Застрахованного, в указанный в Договоре срок страхования и на территории страхования.

В рамках настоящих Правил под внезапным острым заболеванием понимается впервые диагностированное на территории страхования в указанный в Договоре срок страхования нарушение состояния здоровья Застрахованного (не связанное с существовавшими ранее нарушениями здоровья (хроническими или рецидивирующими), диагноз которого поставлен в тот же период на основании известных медицинской науке объективных симптомов и которое требует неотложного лечения, и не являющееся обострением или осложнением другого патологического процесса.

Острым (внезапным) не может быть признано заболевание, по которому Застрахованный получает плановую терапию, состоит на учете или обращался к соответствующим медицинским специалистам, предшествующие началу поездки, а также длительно существующие (врожденные или приобретенные), прогрессирующие стойкие патологические изменения в органах и/или системах, требующие медикаментозного или хирургического лечения для их устранения или снижения негативного влияния на организм.

В рамках раздела «Медицинская и экстренная помощь» под несчастным случаем понимается внезапное, непредвиденное, непреднамеренное, кратковременное внешнее событие или воздействие, характер, время и место которого могут быть однозначно определены и которое повлекло за собой телесное повреждение или иное нарушение функций организма или смерть Застрахованного, не являющееся следствием заболевания, произошедшее в указанный в Договоре страхования срок страхования и на территории страхования, независимо от воли Застрахованного и/или Страхователя и/или Выгодоприобретателя;

13.1.2. медицинская эвакуация на территории страхования по показаниям, требующим срочного медицинского вмешательства в экстренной или неотложной форме, осуществляемой с места происшествия или места нахождения Застрахованного (вне медицинской организации), а также из медицинской организации, в которой отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при состояниях, угрожающих жизни Застрахованного;

13.1.3. возвращение тела (останков) или урны с прахом Застрахованного, смерть которого наступила вследствие страхового события;



13.1.4. экстренная помощь, оказание которой необходимо по причине наступления события, имеющего признаки страхового случая.

13.2. В случае обращения Страхователя (Застрахованного) за оплатой расходов и или организацией медицинской помощи, предусмотренной подпунктами 13.1.1.-13.1.4. настоящих Правил, если Договором страхования не предусмотрено иное, не является страховым случаем обращение Страхователя к Страховщику и/или Сервисной компании по поводу:

а) заболевания или несчастного случая, которые не требуют экстренной и неотложной медицинской помощи или не препятствуют продолжению поездки и пребыванию Застрахованного на территории страхования или лечение которых может быть осуществлено по возвращению Застрахованного на территорию ПМЖ;

б) хронического и рецидивирующего заболевания, их обострения или осложнения, а также заболевания, имевшегося до начала срока страхования или начавшегося до приезда на территорию страхования, независимо от того, осуществлялось ли по ним лечение или нет (в том числе связанные с образованием конкрементов, язв и пр.). Если обострение или осложнение хронического заболевания (в том числе инфаркт миокарда, ишемическая (атеросклеротическая) болезнь сердца, острое нарушение мозгового кровообращения) вызывает состояние, угрожающее жизни Застрахованного, лимит возмещения/расходов на экстренную помощь и/или транспортировку на одного Застрахованного за весь период страхования составляет 5% от страховой суммы по данному разделу, установленной для Застрахованного лица, если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, за исключением Договоров страхования с условием «Хроническое заболевание», отраженным в графе «Особые условия» Договора страхования согласно п. 3.4.3. настоящих Правил;

в) расходы, вызванные временным и неполным выздоровлением Застрахованного во всех известных состояниях, которые еще не стабилизировались и подвергались лечению вплоть до даты выезда на территорию страхования и для которых существовал реальный риск быстрого ухудшения;

г) заболевания или расстройства здоровья вследствие невыполнения или ненадлежащего выполнения предписаний лечащего врача, а также вследствие самолечения и/или приема медицинских препаратов, не назначенных указанным врачом;

д) любых проявлений и осложнений заболеваний слизистой оболочки полости рта, грибковых и кожных заболеваний (псориаз, дерматиты (в том числе аллергические и пищевые), вросший ноготь, мозоли, а также солнечные ожоги и иные заболевания кожи и подкожной жировой клетчатки, связанные с воздействием солнечного излучения, нейродермиты, экземы, микозы, папилломы, бородавки и невусы, кондиломы, акне, угревая сыпь, блефарит, аллергический конъюнктивит, атерома, аллопеция, стоматит), исключая инфекционные и вирусные заболевания;

е) заболевания, включенного в класс «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ E00-E90» Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра, принятой приказом Министерства здравоохранения РФ от 27.07.1997г. №170, (далее по тексту - МКБ-10), а также их последствия и осложнения;

ё) заболевания, включенного в блок «Обильные, частые и нерегулярные менструации, другие аномальные кровотечения из матки и влагалища, нарушения менопаузы и другие нарушения в ололоменопаузном периоде N92» МКБ-10, и также нарушения овориально-менструального цикла;

ж) заболевания и состояния, требующего применения косметической или пластической хирургии;

з) заболеваний, включенных в класс «Психические расстройства и расстройства поведения F00-F99», и блоки «Демиелинизирующие болезни, болезни центральной нервной системы G35-G37» и «Эпизодические и пароксизмальные расстройства G40-G47» МКБ-10;

и) заболевания, включенного в раздел МКБ-10 «Поражение межпозвоночных дисков M 51.0 – M 51.9, G 55.1»;

к) инфекций, передающихся преимущественно половым путем; ВИЧ-инфекций, кандидозов, вирусных гепатитов (кроме гепатитов А и Е); инфекций, вызванных вирусом герпеса;

л) травмы, полученной Застрахованным при использовании мототехники (мотоциклы, водные мотоциклы, мопеды, мотороллеры, мотобайки, мотовездеходы, скутеры, снегоходы, сегвей, картинг, рафтинг) с объёмом двигателя не более 125 сс вне зависимости от того, был ли Застрахованный водителем или пассажиром, за исключением Договоров страхования с условием «Спорт», отраженным в графе «Особые условия» Договора страхования согласно п. 3.4.1. настоящих Правил;

- м) травмы, полученной при управлении Застрахованным транспортным средством, без законного основания на его управление, включая отсутствие прав на управление транспортным средством соответствующей категории;
- н) травмы Застрахованного, полученной при полете на любом виде летательного аппарата (безмоторных, моторных планерах, парапланах, сверхлегких аппаратах и т.д.), управления им, кроме случаев полета в качестве пассажира на самолете гражданской авиации регулярного или чартерного рейса, управляемом профессиональным пилотом;
- о) травмы, полученной во время занятий Застрахованного любыми видами спорта и участия в тренировках и спортивных мероприятиях, участия в соревнованиях спортсменов на профессиональном или любительском уровне, а также занятий любым активным проведением отдыха, за исключением Договоров страхования с условием «Спорт», отраженным в графе «Особые условия» Договора страхования согласно п. 3.4.1. настоящих Правил;
- п) травмы или заболевания вне зависимости от того, включает ли Договор страхования условие «Спорт», отраженное в графе «Особые условия» Договора страхования, полученных во время занятий акватлоном, банджи (тарзанка), бейсджампингом, скалолазанием, альпинизмом, ледолазанием, катанием на квадроцикле, хели-ски, парапланеризмом, парасейлингом; травмы или заболевания, полученных во время подводного погружения более чем на 40 метров, и/или с использованием газовых смесей, в которых содержание кислорода отличается от 21 (двадцати одного) процента, и/или без сертификата ассоциации аквалангистов;
- р) травмы или состояния, полученные во время занятий Застрахованным любыми видами трудовой деятельности, в том числе, но не ограничиваясь, во время выполнения любых работ, увеличивающих вероятность получения травмы или ухудшения состояния здоровья, как в качестве профессиональной, так и непрофессиональной деятельности, за исключением Договоров страхования с условием «Профессия», отраженным в графе «Особые условия» Договора страхования согласно п. 3.4.2. настоящих Правил;
- с) травмы или состояния, полученных во время выполнения Застрахованным любого вида профессиональных работ, не предусмотренных в условиях его трудового Договора (контракта), произошедшие по вине работодателя Застрахованного;
- т) травмы, заболевания, полученных в период службы Застрахованного в вооруженных силах; травм или болезней, произошедших во время пребывания Застрахованного лица в местах лишения свободы, тюремного заключения или исполнения судебного акта;
- у) патологических переломов, привычных и/или повторных вывихов, подвывихов;
- ф) любого события, связанного с авиа воздушным перелетом в течение 24 часов после подводных погружений;
- х) состояний, связанных с наследственными заболеваниями, а также с врожденными аномалиями (пороками развития), деформациями и хромосомными нарушениями, выделенными в отдельный класс заболеваний Q00-Q99 МКБ-10;
- ц) проведением дезинфекции, врачебной экспертизы, карантинных мероприятий при возникшем заболевании;
- ч) состояния беременности и ее осложнениями (за исключением случаев внематочной беременности), а также всеми связанными с ней лечебными, родовспомогательными и иными процедурами, исключение составляют Договоры страхования с условием «Беременность», отраженным в графе «Особые условия» Договора страхования согласно п. 3.4.4. настоящих Правил. Страховщик не возмещает расходы, возникшие в связи с наблюдением, лечением, транспортировкой, эвакуацией и репатриацией новорожденного ребенка Застрахованной;
- ш) любого события, связанного с оказанием помощи при онкологических заболеваниях и доброкачественных новообразованиях, в том числе гемобластозах, их осложнениях и последствиях, включая смерть. До установления диагноза могут быть оплачены расходы за оказание неотложной медицинской помощи, необходимой для предотвращения непосредственной угрозы жизни или расходы, связанные с купированием острой боли, в пределах 5% от страховой суммы по данному разделу, установленной для Застрахованного лица;
- щ) любого события, произошедшего при нахождении Застрахованного под воздействием наркотических или других одурманивающих веществ (включая правонарушения, ДТП, произошедшее при управлении Застрахованным любым транспортным средством вне зависимости от того имеются ли у Застрахованного законные основания на управление им);

ы) любого события, произошедшего при нахождении Застрахованного в алкогольном опьянении (включая правонарушения, ДТП, произошедшее при управлении Застрахованным любым транспортным средством) за исключением Договоров страхования с условием «Употребление алкоголя», отраженным в графе «Особые условия» Договора страхования, кроме правонарушений, ДТП, произошедших при управлении Застрахованным любым транспортным средством;

э) наступления форс-мажорных обстоятельств, таких как война, военные действия, а также манёвры или иные военные мероприятия и их последствия, забастовки, революции, мятежи, восстания, гражданские волнения, народные волнения всякого рода и массовые беспорядки; акты терроризма и их последствия; эпидемии, метеоусловия, ядерный взрыв, прямое или косвенное воздействие радиации, радиоактивного или иного вида заражения, любые виды чрезвычайных ситуаций (катастроф и т.п.) и других обстоятельств непреодолимой силы, а также случаев, предусмотренных законодательством РФ; применения санкций со стороны иностранных государств в отношении РФ и контрсанкций, повлекших за собой частичное или полное неисполнение обязательств по Договору страхования;

ю) актов терроризма и их последствий, за исключением Договоров страхования с условием «Теракт», отраженным в графе «Особые условия» Договора страхования согласно п. 3.4.6. настоящих Правил;

я) стихийных бедствий и их последствий;

аа) любого события, если Застрахованный намеренно и осознанно:

- причинил вред своему здоровью, предпринял суицидальные попытки и иные умышленные действия, направленные на наступление страхового случая, за исключением случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что должно быть подтверждено решениями соответствующих органов;

- подверг свою жизнь и здоровье неоправданному/повышенному риску (за исключением случаев спасения жизни другому лицу); пренебрежением правил техники безопасности или распорядка на территории/месте временного пребывания (гостиница, апартаменты и т.п.);

аб) осуществления Застрахованным поездки с намерением получить лечение или когда поездка была противопоказана Застрахованному по состоянию здоровья согласно заключению медицинской организации.

13.3. В случае обращения Страхователя (Застрахованного) за оплатой расходов, предусмотренных подпунктами 13.1.1.-13.1.5. раздела «Медицинская и экстренная помощь» настоящих Правил, если Договором страхования не предусмотрено иное, не является страховым случаем обращение Страхователя (Застрахованного лица) к Страховщику и/или к Сервисной компании даже при наличии медицинских показаний к их осуществлению по поводу / в случае:

а) осуществления ухода за Застрахованным близкими родственниками и любыми лицами, не согласованного с Сервисной компанией и/или Страховщиком;

б) лечения, которое по срокам выполнения может быть осуществлено после возвращения Застрахованного к месту постоянной регистрации, а также расходов, связанных с предоставлением услуг, не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения, или с лечением, не назначенным врачом;

в) лечения на отдыхе, санаторного, терапевтического или попечительского ухода, реабилитационных мероприятий, восстановительного лечения, продолжение лечения на территории страхования, физиотерапии, массажа, рефлексотерапии, мануальной терапии, диагностикой и лечением методами традиционной и народной медицины, фитотерапии, гомеопатии, гирудотерапии, психотерапевтическими и психоаналитическими услугами, гипнозом, а также расходов, связанных с предоставлением дополнительного комфорта, а именно: одноместные, отдельные палаты или типа «люкс», телевизора, телефона, кондиционера, увлажнителя, услуг парикмахера, массажиста, косметолога и т.п.;

г) лечения заболеваний, включенных в класс «Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99)», и блоки «Демиелинизирующие болезни центральной нервной системы G35-G37» и «Эпизодические и пароксизмальные расстройства G40-G47» МКБ-10;

д) лечения, ухудшения состояния здоровья или смерти Застрахованного от заболеваний, лечение которых осуществлялось в течение 6 месяцев, предшествующих поездке, если Застрахованный не получил и не представил Страховщику письменного заключения врача об отсутствии противопоказаний для осуществления поездки на дату заключения Договора страхования, за исключением Договоров страхования с условием «Хроническое заболевание», отраженным в графе «Особые условия» Договора страхования согласно п. 3.4.3. настоящих Правил;

- е) лечения, ухудшения состояния здоровья или смерти Застрахованного, если существовали медицинские противопоказания от лечащего врача (подтвержденные заключением врачебной комиссии ЛПУ и заверенные подписью главного врача и печатью ЛПУ) по месту ПМЖ Застрахованного, для данного путешествия Застрахованного;
- ж) лечения в поездке, которое было рекомендовано или показано Застрахованному до начала поездки;
- з) ухудшения состояния здоровья или смерти Застрахованного в результате употребления лекарственных препаратов, назначенных Застрахованному до начала поездки и для которых, согласно описанию производителя этого медицинского препарата, характерны наступившие побочные проявления, указанные производителем лекарственного средства в аннотации; а также расходов, связанных с передозировкой и/или неправильным применением лекарственных средств, с индивидуальной непереносимостью организма принятых препаратов и/или их отдельных компонентов;
- и) оплаты косметического лечения и/или процедур в том числе боди-арт (например, татуировки или пирсинг), водолечения и нетрадиционных методов лечения, а также любое последующее медицинское лечение, необходимое в результате таких процедур / лечения;
- к) осуществления любых диагностических и оперативных вмешательств на сердце и сосудах любой локализации, ангиопластики, коронарографии, стентирования, шунтирования, ангиографии, расходов на приобретение металлоконструкций для проведения операции остеосинтеза; артроскопического лечения; аллопластики. В случае невозможности выделить из общего счета их стоимость, то их стоимость принимается равной двум календарным дням госпитализации стоимость которых рассчитывается пропорционально дням пребывания в стационаре и вычитается из суммы итогового счета за госпитализацию;
- л) имплантации и реимплантации органов и тканей;
- м) диагностирования и лечения серных пробок;
- н) диагностических исследований, в результате которых не выявлено никакого внезапного острого заболевания, включая последствия травмы, отравления, угрожающих жизни Застрахованного, не выявлены последствия несчастного случая, угрожающего жизни Застрахованного, происшедших на территории страхования;
- о) покупки медицинских препаратов и любых лекарств, не предписанных лечащим врачом на территории страхования, покупки любых средств медицинской техники;
- п) медицинских, медико-транспортных расходов, включая репатриацию, на лечение, которое является целью поездки, а также расходы, возникшие в связи с ухудшением состояния здоровья или смертью Застрахованного, наступивших в поездке, предпринятой с целью получения лечения и/или реабилитации;
- р) транспортных услуг, не подтвержденных соответствующими документами (счет, квитанция, чек);
- с) любых профилактических мероприятий, обследований, общих медицинских осмотров, любых видов вакцинации;
- т) любого протезирования, эндопротезирования (включая стоимость материалов для остеосинтеза), зубного и глазного протезирования;
- у) судебных и внесудебных издержек Застрахованного, в том числе, оплата услуг нотариуса, коллекторов, уплата государственной пошлины и иных обязательных сборов, уплата штрафов, присужденных (наложенных уполномоченным органом) денежных взысканий;
- ф) получения медицинских и иных экстренных услуг, несогласованных со Страховщиком и/или Сервисной компанией по телефонам и в порядке, указанном в Договоре страхования и/или настоящих Правилах, за исключением случаев добровольного признания Страховщиком достаточности сведений и обстоятельств для признания события страховым, но в любом случае не более страховой суммы (лимита ответственности) по таким расходам в пределах 5 000 (пять тысяч) рублей, если иное значение не определено условиями Договора страхования;
- х) оплатой расходов, связанных с оказанием медицинской помощи и лечением при заболевании эпилепсии, а также расходы на купирование и лечение осложнений и любых других последствий (травмы, заболевания или смерть), вызванных этим состоянием. Однако Страховщик возмещает медицинские расходы за оказание неотложной медицинской помощи, необходимой для предотвращения непосредственной угрозы жизни или здоровью, или расходы, связанные с купированием острой боли;

- ц) Договором страхования не покрывается (не являются страховыми случаями) и в сумму страхового возмещения не включаются (возмещению не подлежит) моральный вред/ущерб, а также любые расходы, которые отдельно не оговариваются в Договоре страхования;
- ч) в случае получения Застрахованным возмещения вреда жизни, здоровью от других лиц, в том числе Страховых компаний и виновных лиц;
- ш) оказания помощи, связанной с лечением алкоголизма, наркомании и прочих злоупотреблений/зависимостей или другого состояния, связанного с привыканием или с лечением болезненных состояний, вызванных приемом наркотических, токсических веществ, алкогольных напитков;
- щ) оплаты расходов за гемодиализ, кроме случаев спасения жизни в размере не более 5% от страховой суммы по Договору страхования;
- э) расходов, связанных с посадкой рейсового или чартерного рейса самолета по медицинским показаниям, связанным со здоровьем находящегося на борту Застрахованного;
- ю) проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, экстракорпоральных методов лечения (плазмаферез, гемосорбция, лазеротерапия, иммунокоррекция) и другими дорогостоящими, сложными, углубленными методами диагностики, не согласованными до оказания помощи со Страховщиком и/или Сервисной компанией;
- я) оплаты расходов за услуги, не назначенные врачом или выполняемых без медицинских показаний, в том числе по желанию Застрахованного (его представителя);
- аа) перемещения Застрахованного от/до круизных и/или иных водных судов, кроме перемещения наземным транспортом;
- аб) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих: лепра, туберкулез, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем;
- ав) расходы за медицинские и иные услуги, которые могут быть оплачены в рамках другого страхового Полиса, имеющегося у Застрахованного, или входят в стоимость какой-либо государственной или частной программы, осуществляемой на территории, где произошел страховой случай, а также расходы на медицинские услуги, оказываемые по системе обязательного медицинского страхования в Российской Федерации (в случае отсутствия в лечебном учреждении Российской Федерации отделения платных медицинских услуг);
- аг) проведения планового лечения, даже если указанные мероприятия связаны с произошедшим страховым случаем;
- ад) приобретения, аренды, обслуживания и ремонта медицинского оборудования, устройств, приборов, в том числе очков, контактных линз, слуховых аппаратов, ортезов; иных технических средств медицинской помощи, в том числе протезов (включая зубные), ортопедических аппаратов, ингаляторов, небулайзеров, термометров, глюкометров, ручек-дозаторов, лекарственных пластырей и прочих индивидуальных средств медицинской помощи (корсетов, поддерживающих медицинских повязок, компрессионного белья, ходунков, костылей, кресла каталки средств индивидуальной гигиены);
- ае) высокотехнологичных видов медицинской помощи, малоинвазивных, инновационных методов лечения; лазерной хирургии; реконструктивными и пластическими операциями на органах и системах, в том числе нервной, опорно-двигательной, сердечно-сосудистой и иных систем, пластикой связок;
- аё) любых событий, связанных с применением Застрахованным лицом, испытанием им или хранением оружия, боеприпасов, взрывчатых или отравляющих веществ;
- аж) заболевания, возникшего в результате укуса насекомых и животных (за исключением отравления ядом);
- аз) лечение в барокамере при баротравме стоимостью более 10% от страховой суммы, установленной по риску «Медицинская и экстренная помощь», но не более 100 000 (сто тысяч) рублей.

13.4. В случае обращения Страхователя (Застрахованного) за оплатой расходов, предусмотренных пунктами 13.1.1. - 13.1.4. настоящих Правил, если Договором страхования не предусмотрено иное, они не могут быть признаны страховыми случаями, если они сопровождаются:

- а) нарушением Застрахованным правил профилактики заболеваний, характерных для территории страхования, а также невыполнением предписаний врача;
- б) отказом Застрахованного (его представителя) письменного или устного с даты отказа:
  - от выполнения предписаний лечащего врача, полученных им в связи с обращением по поводу страхового случая;

- от эвакуации до транспортного узла (аэропорта, вокзала, порта – далее по тексту транспортный узел) места ПМЖ;
- от организации перевода в другое лечебное учреждение, предложенное Сервисной компанией и/или Страховщиком;
- от медицинского обследования, предложенного Страховщиком / Сервисной компанией на территории ПМЖ, для решения вопроса о страховой выплате.

Отказ Застрахованного подписать заявление об отказе от предложенных лечащим врачом и/или Сервисной компанией, и/или Страховщиком услуг не влечет для Страховщика обязательств произвести страховую выплату.

13.5. Страховщик в соответствии с Договором страхования возмещает расходы, связанные с организацией и осуществлением указанных в настоящем разделе услуг, если иное не оговорено в Договоре страхования:

- Сервисной компании, организующей и осуществляющей указанные в настоящем разделе услуги;
- непосредственно Застрахованному, если его расходы были предварительно согласованы с Сервисной компанией и/или Страховщиком, при предоставлении документов об осуществлении им соответствующих расходов, связанных со страховым случаем.

При этом Страховщик не несет ответственность за качество услуг, оказанных третьими лицами (медицинскими учреждениями, транспортными компаниями и пр.).

13.6. К расходам, подлежащим возмещению по страховому риску «Медицинская и экстренная помощь» при условии, что произошедшее событие будет признано страховым случаем, если иное не предусмотрено Договором страхования, относятся:

13.6.1. медицинские расходы:

13.6.1.1. медицинские расходы по амбулаторному лечению:

- а) врачебные услуги, назначенные лечащим врачом;
  - б) диагностические исследования;
  - в) медикаменты;
  - г) перевязочные средства и средства фиксации: гипс, бандаж (лимит ответственности Страховщика не может превышать 3000 (три тысячи) рублей);
  - д) по одному страховому случаю Страховщик оплачивает не более 2 (двух) посещений врача или визитов в клинику;
  - е) если на момент организованного Страховщиком / Сервисной компанией визита врача Застрахованный отсутствует по месту вызова или не явился на прием, следующий визит врача и его услуги организуются и оплачиваются за счет Застрахованного. При этом Страховщик / Сервисная компания предоставляет координаты медицинского учреждения для самостоятельного обращения Застрахованного либо вызова врача по месту пребывания. Застрахованный по требованию Страховщика обязан возместить расходы, которые были произведены на организацию визита, не состоявшегося в данной ситуации. Вызов врача Застрахованному на территории страхования осуществляется в соответствии с правилами оказания медицинской помощи страны пребывания;
  - ж) В рамках настоящих Правил под амбулаторным лечением понимается обращение Застрахованного на территории страхования за медицинской помощью без последующей госпитализации сроком более 24 (двадцати четырех) часов, за консультациями врачей общей практики или врачей специалистов, инъекции, анестезия, перевязка, лабораторная и инструментальная диагностика, первичная хирургическая помощь. Медицинская помощь оказывается в соответствии с правилами/стандартами оказания медицинской помощи на территории страхования.
- 13.6.1.2. медицинские расходы по пребыванию и лечению в круглосуточном стационаре, согласованные Страховщиком и/или Сервисной компанией:
- а) палата стандартного типа двухместная или многоместная, палата интенсивной терапии;
  - б) врачебные услуги;
  - в) проведение экстренных хирургических операций, если операция по медицинским показаниям не может быть отсрочена до даты возможного ближайшего возвращения Застрахованного на территорию ПМЖ, либо транспортировка Застрахованного невозможна до проведения этой хирургической операции;
  - г) неотложные диагностические исследования;
  - д) оплата назначенных лечащим врачом медикаментов;

е) перевязочные средства и средства фиксации: гипс, бандаж (лимит ответственности Страховщика не может превышать 3000 (три тысячи) рублей).

При наличии объективных обстоятельств, препятствующих согласованию стационарного лечения на момент наступления события, имеющего признаки страхового случая, обязательно согласование со Страховщиком и/или Сервисной компанией подобных расходов при первой возможности самим Застрахованным или его представителем до возвращения Застрахованного из поездки к месту ПМЖ;

13.6.1.3. медицинские расходы на экстренную стоматологию (в размере, не превышающем 5 000 (пять тысяч) рублей на одного Застрахованного за весь период страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования), а именно: расходы на оказание Застрахованному экстренной стоматологической помощи в связи с возникновением у него острой зубной боли или в связи с травмой, полученной им в результате несчастного случая. Под экстренной стоматологической помощью понимаются расходы на осмотр, первую помощь при острой боли, назначение болеутоляющих медикаментов, рентген, закрытие полости зуба временной пломбой, удаление зуба при остром воспалении или травме, obtachivaniye zuba при травме;

13.6.1.4. медицинские расходы на наблюдение в круглосуточном стационаре за состоянием здоровья Застрахованного. Организуется только Сервисной компанией и/или Страховщиком.

13.6.2. расходы на медицинскую эвакуацию, в том числе:

13.6.2.1. медицинская транспортировка по экстренным и неотложным обстоятельствам на территории страхования к находящемуся в непосредственной близости врачу или медицинское учреждение, если медицинская транспортировка необходима по жизненным показаниям на территории страхования:

а) расходы на медицинскую эвакуацию оплачиваются также в случае, если она была осуществлена службой скорой помощи при спасении жизни Застрахованному в ситуации, когда состояние здоровья Застрахованного не позволяло ему предварительно самостоятельно связаться со Страховщиком и/или Сервисной компанией;

б) лимит ответственности Страховщика на любые расходы, связанные с организацией и проведением эвакуации из удаленных или труднодоступных мест (в горах, на море, в пустыне, в джунглях или других районов), потребовавшей использование авиатранспорта и других транспортных средств, составляет для Застрахованного по Договору эквивалент не более 8% (восьми) процентов от страховой суммы, если Договором страхования не установлен иной лимит или не предусмотрено иных условий;

в) расходы на транспортировку на территории страхования из клиники к месту проживания на территории страхования в случае, если такая транспортировка необходима по медицинским показаниям и требует привлечения санитарного транспорта (в размере, не превышающем сумму, эквивалентной 2000 (две тысячи) рублей, если иной лимит не указан в Договоре страхования);

г) расходы на санитарную транспортировку до аэропорта (вокзала) вылета/выезда на территории страхования в случае, если транспортировка Застрахованного невозможна в качестве обычного пассажира городского транспорта;

13.6.2.2. экстренная медицинская транспортировка наиболее экономичным видом транспорта из территории страхования к ПМЖ до транспортного узла (аэропорта, вокзала, порта), до ближайшего к месту заключения договора страхования транспортного узла или до ближайшего транспортного узла ПМЖ Застрахованного лица, что определяется Страховщиком, исходя из экономической целесообразности при условии отсутствия на территории страхования возможностей для предоставления требуемой экстренной медицинской помощи;

13.6.2.3. экстренная медицинская транспортировка из места временного пребывания в РФ наиболее экономичным видом транспорта, включая расходы на сопровождение медицинским персоналом, которое предписано лечащим врачом и врачом Сервисной компании и/или Страховщика, для выполнения медицинских манипуляций во время транспортировки, при условии отсутствия возможности у Застрахованного по медицинским показаниям самостоятельно вернуться к месту ПМЖ на территории РФ по причине страхового случая. Медицинская транспортировка проводится только при отсутствии медицинских противопоказаний, при этом:

а) медицинская транспортировка Застрахованного иностранного гражданина и лица без гражданства осуществляется до ближайшего к месту заключения Договора страхования транспортного узла или до ближайшего международного транспортного узла страны постоянного проживания Застрахованного (для иностранных граждан и лиц без гражданства), что определяется Страховщиком, исходя из экономической целесообразности;

б) любая экстренная медицинская транспортировка осуществляется Сервисной компанией и/или Страховщиком или по согласованию с ними и только в тех случаях, когда ее необходимость подтверждается заключением лечащего врача, врача-эксперта Страховщика и/или Сервисной компании на основании документов от лечащего врача и при условии отсутствия медицинских противопоказаний, а также при наличии согласия Застрахованного (его представителей) на транспортировку. При этом Страховщик не несет ответственности в случае несоблюдения перевозчиком расписания движения;

в) при невозможности по медицинским показаниям использовать проездные документы Страхователь и Застрахованный обязан принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры, чтобы уменьшить возможные убытки, в том числе:

- вернуть (сдать) и возместить их стоимость. При несоблюдении данного условия Страховщик вправе вычесть из суммы возмещения расходов Застрахованного за возвращение к месту постоянной регистрации стоимость неиспользованных проездных документов;

- обменять на проездные документы с более поздней датой для возвращения к месту постоянной регистрации. При этом Страховщик оплачивает разницу между новыми проездными документами и неиспользованными.

13.6.2.4. В случае если расходы на продолжение лечения могут превысить стоимость транспортировки, Страховщик имеет право организовать эвакуацию Застрахованного лица из медицинского учреждения, в котором он находится, с необходимым медицинским сопровождением до транспортного узла, ближайшего к месту, указанному в первоначально приобретенном обратном билете Застрахованного лица, с которым есть транспортное сообщение. Подобная эвакуация осуществляется, когда она не противопоказана, и при наличии письменного разрешения, выданного лечащим врачом. При отказе Застрахованного лица (представителя Застрахованного лица) от такой эвакуации Страховщик имеет право отказать в оплате расходов за период со дня разрешения эвакуации.

13.6.3. Расходы на организацию возвращения тела (останков) или урны с прахом Застрахованного (репатриация организуется только Сервисной компанией и/или Страховщиком):

13.6.3.1. смерть которого наступила вследствие причин, указанных в п. 13.1. настоящих Правил, на территории страхования, и оплату согласованных Сервисной компанией и Страховщиком расходов по вскрытию и бальзамированию тела, пребыванию тела в морге, по приобретению гроба, требуемого для перевозки тела, оформлению необходимых документов для перевозки тела до транспортного узла, ближайшего к месту ПМЖ на территории РФ, если иная территория не указана в Договоре страхования. При этом Страховщик не оплачивает расходы на ритуальные услуги;

13.6.3.2. по согласованию с родственниками умершего Застрахованного репатриация останков может быть заменена кремацией на территории страхования и транспортировкой урны с прахом до транспортного узла, ближайшего к месту ПМЖ на территории РФ;

13.6.3.3. репатриация тела/урны с прахом Застрахованного иностранного гражданина и лица без гражданства осуществляется до ближайшего к месту заключения договора страхования транспортного узла или до ближайшего международного транспортного узла страны постоянного проживания Застрахованного, что определяется Страховщиком, исходя из экономической целесообразности;

13.6.3.4. репатриация может быть осуществлена представителем Застрахованного при условии согласования всех расходов по репатриации со Страховщиком и/или Сервисной компанией.

13.6.4. Расходы на организацию экстренной помощи, предусмотренной Договором страхования, а именно:

13.6.4.1. расходы на проезд Застрахованного в один конец экономическим классом на самолете или иным наиболее экономичным видом транспорта, согласованным со Страховщиком, до транспортного узла ближайшего к месту ПМЖ. Указанные расходы возмещаются в случае, если отъезд Застрахованного не состоялся вовремя, т.е. в день, указанный в проездных документах, находящихся на руках у Застрахованного, при условии, что:

а) Застрахованный пребывал на круглосуточном стационарном лечении более одних суток;

б) Застрахованный имел медицинские противопоказания к осуществлению перелета;

13.6.4.2. расходы на проезд:

а) одного лица, имеющего Договор страхования по настоящим Правилам и находившегося в совместной поездке с Застрахованным, с которым наступил страховой случай и транспортировка которого осуществляется по п. 13.6.2.3. Правил, в один конец экономическим классом на самолете или иным



наиболее экономичным видом транспорта, согласованным со Страховщиком, если иное не оговорено в Договоре страхования, до транспортного узла ближайшего к месту ПМЖ;

б) одного взрослого сопровождающего лица для немедицинского сопровождения Застрахованного, с которым наступил страховой случай и транспортировка которого осуществляется в соответствии с п. 13.6.2.3. Правил. Сопровождающим лицом может быть как близкий родственник Застрахованного, так и сотрудник Сервисной компании и/или Страховщика, исходя из необходимости. Проезд организуется Застрахованным или его близкими родственниками, представителем Застрахованного самостоятельно, при обязательном согласовании со Страховщиком / Сервисной компанией;

13.6.4.3. расходы на проживание до отъезда:

а) расходы на оплату проживания Застрахованного в гостинице с момента выписки его из стационара до момента его отъезда к месту ПМЖ, но не более 3 (трех) дней, из расчета стоимости проживания в одноместном номере в гостинице категории не выше «три звезды» и не более эквивалента 4000 (четыре тысячи) рублей в сутки или иного лимита для таких расходов, особо установленного в Договоре страхования;

б) проживание организуется Застрахованным самостоятельно, но только по согласованию с Сервисной компанией и/или Страховщиком;

13.6.4.4. расходы на визит третьего лица:

а) расходы на билет экономическим классом для одного совершеннолетнего близкого родственника к месту круглосуточного стационарного лечения Застрахованного, путешествующего без близких родственников или с несовершеннолетними детьми, если состояние здоровья Застрахованного оценивается лечащим врачом и медицинским представителем Сервисной компании и/или Страховщика как критическое, угрожающее жизни, и срок пребывания в палате интенсивной терапии превышает 10 (десять) календарных дней, если иное не предусмотрено Договором страхования;

б) оплачивается билет на наиболее экономичный вид транспорта («туда и обратно»), согласованный со Страховщиком, до транспортного узла города к месту круглосуточного стационарного лечения Застрахованного на территории страхования и обратно к транспортному узлу, ближайшему к ПМЖ;

в) визит организуется Застрахованным или его близкими родственниками, или уполномоченными представителями самостоятельно, но только по согласованию с Сервисной компанией и/или Страховщиком. Страховщик возмещает расходы на билеты, необходимые для указанной в настоящем пункте транспортировки, только после предоставления документов, подтверждающих степень родства и медицинского заключения;

г) если на стационарном лечении находится путешествующий без сопровождения близким родственником несовершеннолетний ребенок в возрасте до 14 лет, Страховщик возмещает расходы на перелет близкого родственника в оба конца и необходимое суточное проживание близкого родственника в гостинице не выше 3 (трёх) звёзд на время пребывания Застрахованного в лечебном учреждении в пределах срока не более 10 (Десяти) ночей, из расчета стоимости проживания не более 4 000 (четыре тысячи) рублей в сутки, если иное не указано в Договоре страхования;

13.6.4.5. расходы на возвращение несовершеннолетних детей (транспортировка организуется Сервисной компанией и/или Страховщиком и только при наличии у несовершеннолетнего ребенка доверенности от родителей на такую транспортировку):

а) расходы на оплату транспортировки несовершеннолетних детей Застрахованного, оставшихся на территории страхования без присмотра в результате страхового случая, произошедшего с Застрахованным, до транспортного узла ближайшего к месту ПМЖ на территории РФ.

Оплачивается транспортировка экономическим классом самолетом или иным наиболее экономичным видом транспорта, согласованным со Страховщиком, при необходимости - с сопровождающим лицом, предоставленным перевозчиком или Сервисной компанией и/или Страховщиком;

б) возвращение несовершеннолетних детей Застрахованного иностранного гражданина и лица без гражданства осуществляется к месту заключения Договора страхования, указанному в страховом Полисе, или до ближайшего международного узла страны постоянного проживания Страхователя (Застрахованного), что определяется Страховщиком, исходя из экономической целесообразности.

В рамках настоящих Правил по тексту под несовершеннолетними детьми понимаются несовершеннолетние дети Застрахованного (родные и усыновленные в возрасте до 14 лет), выехавшие в сопровождении Застрахованного на законных основаниях с территории ПМЖ и оставшиеся без присмотра в результате произошедшего со Страхователем (Застрахованным) страхового случая;

13.6.4.6. расходы на оплату передачи экстренных сообщений, осуществляемых Страховщиком / Сервисной компанией, лицу, указанному Застрахованным, в случае госпитализации Застрахованного на территории страхования;

13.6.4.7. расходы на досрочное возвращение:

а) расходы на транспортировку близких родственников Застрахованного, находящихся вместе с ним в совместной поездке на территории страхования, если в результате страхового события, в том числе ДТП (дорожно-транспортного происшествия) они не могут воспользоваться первоначально предусмотренным способом возвращения в первоначально установленный срок из-за заболевания, потребовавшего стационарного лечения, травмы, препятствующей поездке Застрахованного или смерти Застрахованного. Страховщик оплачивает расходы по возвращению наиболее экономичным способом до транспортного узла, ближайшего к месту ПМЖ на территории РФ близких родственников Застрахованного. Транспортировка организуется близкими родственниками самостоятельно только по согласованию с Сервисной компанией и/или Страховщиком. Страховщик возмещает расходы на билеты, необходимые для указанной транспортировки;

б) расходы на проезд Застрахованного к ПМЖ в один конец экономическим классом в случае внезапной или непредвиденной смерти его близкого родственника при условии своевременной сдачи Застрахованным/его представителями неиспользованных проездных билетов перевозчику. Страховщиком возмещается разница между суммой приобретенных новых проездных документов и суммой возврата перевозчиком за неиспользованные проездные документы. Проезд организуется Застрахованным или его близкими родственниками, представителем Застрахованного самостоятельно, но только по согласованию с Сервисной компанией и / или Страховщиком;

13.6.4.8. расходы Застрахованного на телефонные звонки и /или короткие текстовые сообщения (SMS) в Сервисную компанию / Страховщику, возмещаются при условии, что произошедшее событие будет признано страховым случаем, при предъявлении подтверждающих документов в сумме, не превышающей эквивалента в размере 0,2% от страховой суммы по каждому страховому случаю. При этом счет за звонок должен содержать следующие данные: дата звонка, телефонный номер, продолжительность переговоров и оплаченная сумма, подтвержденная документально;

13.6.4.9. расходы на организацию и проведение поисково-спасательных операций:

- организация и проведение поисково-спасательных операций в случае отсутствия любого контакта с Застрахованным и невозможности определить его точное местонахождение осуществляются Сервисной компанией и/или Страховщиком и только в том случае, если предпринятые Застрахованным действия, последствия которых требуют проведения данных работ, были официально надлежащим образом зарегистрированы на территории страхования, осуществлялись с надлежащим оборудованием и снаряжением, декларированным маршрутом и местом отдыха, а при необходимости и с лицензированным инструктором, а также при условии применения установленных Страховщиком поправочных коэффициентов к базовой страховой премии по страховому риску «Медицинская и экстренная помощь» при оформлении Договора страхования, что отражено в графе «Особые условия» Договора страхования выбором особого условия, согласно п. 3.4.1. настоящих Правил.

Лимит ответственности Страховщика на любые расходы, связанные с организацией и проведением поисково-спасательных операций в удаленных или труднодоступных местах (в горах, на море, в пустыне, в тайге или других районах), составляет не более 10% от страховой суммы, если Договором страхования не установлен иной лимит или не предусмотрено иных условий;

13.6.4.10. расходы по пребыванию в стационаре в палате стандартного типа одного из родителей (взрослого близкого родственника) госпитализированного Застрахованного ребенка в возрасте до 14 (четырнадцати) лет, путешествующих вместе. Расходы на питание и иные расходы на пребывание взрослого не покрываются.

13.7. В Договоре страхования Стороны могут предусмотреть, что исключения из страхования, указанные в подпунктах б), л), о) п), р) ч), ы) ю), я) пункта 13.2. Правил и подпункте д) пункта 13.3. Правил включаются в страхование (Страховщик по указанным обстоятельствам при наступлении страхового случая с Застрахованным осуществляет страховую выплату), при этом в Договоре страхования в графе «Особые условия» указываются условия, включенные в страхование.

13.8. Страховщик в соответствии с Договором страхования возмещает расходы, связанные с организацией и осуществлением указанных в настоящем разделе Правил, если иное не оговорено в Договоре страхования:

- Сервисной компании, организующей и осуществляющей услуги, указанные в настоящем разделе либо иной организации, организовавшей или оказавшей услуги по поручению Страховщика. Страховщик оплачивает Счет, выставленный в соответствии с данными им гарантиями за организацию и оказание медицинской и иной помощи, путем перечисления денежных средств безналичной оплатой;
- непосредственно Застрахованному, если его расходы были предварительно до обращения в медицинское учреждение согласованы с Сервисной компанией и/или Страховщиком.

#### **14. СТРАХОВАЯ СУММА. ЛИМИТЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ СТРАХОВЩИКА**

14.1. Страховая сумма по Договору страхования, заключенному на случай наступления событий, предусмотренных разделом 2 настоящих Правил, устанавливается по соглашению Страхователя со Страховщиком и указывается в Договоре страхования. В страховую сумму, в том числе включены организационные расходы по оказанию помощи Застрахованному.

14.2. В Договоре страхования по соглашению Сторон могут быть установлены лимиты ответственности на расходы, указанные в пункте 13.1. настоящих Правил, и перечень расходов, подлежащих возмещению по страховому риску «Медицинская и экстренная помощь».

#### **15. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ**

15.1. Застрахованный при наступлении событий, предусмотренных пунктом 13.1. настоящих Правил, обязан:

15.1.1. выполнить общие обязанности, предусмотренные пунктом 8.6. настоящих Правил;

15.1.2. заблаговременно, в любое время суток до обращения/визита в медицинское учреждение уведомить Сервисную компанию / Страховщика по указанным в Договоре страхования контактам (телефонам, e-mail) о случившемся для обеспечения возможности Страховщику оплатить расходы и своевременно организовать необходимую помощь либо для согласования самостоятельного обращения за необходимой помощью и расходов, связанных с ней, и сообщить информацию согласно п. 8.6. настоящих Правил;

15.1.3. получить медицинскую помощь в строгом соответствии с инструкциями сотрудника Сервисной компании и/или Страховщика;

15.1.4. предъявить медицинскому персоналу оригинал Договора страхования;

15.1.5. уплатить франшизу в соответствующем размере, если она предусмотрена Договором страхования, медицинскому учреждению, оказавшему услуги по страховому случаю, а при невозможности – Страховщику по возвращении, в соответствующем размере, если она предусмотрена в Договоре страхования;

15.1.6. согласовывать свои действия и следовать указаниям сотрудника Сервисной компании и/или Страховщика;

15.1.7. соблюдать предписания лечащего врача и порядок, установленный медицинским учреждением;

15.1.8. при невозможности связаться с Сервисной компанией и/или Страховщиком в момент наступления страхового случая, до консультации врача или обращения в клинику, сделать это при первой возможности и предъявить в медицинском учреждении Договор страхования, не оплачивая при этом услуг, предлагаемых или оказанных третьими лицами, до получения официального подтверждения возможности оплаты медицинских услуг от сотрудника Сервисной компании и/или Страховщика, зафиксировавшего обращение в базе данных Сервисной компании и/или Страховщика;

15.1.9. дать согласие на медицинскую транспортировку на территорию ПМЖ, если, по мнению врача Страховщика и/или Сервисной компании, основанному на данных медицинских документов из лечебного учреждения, она возможна. Отказ Застрахованного дать это согласие, влечет утрату прав Застрахованного на оплату Страховщиком дальнейших расходов на его лечение и пребывание в лечебном учреждении на территории временного пребывания. Страховщик не оплачивает расходы, возникшие с даты предложенной медицинской транспортировки;

15.1.10. в отдельных случаях, когда невозможно организовать услуги без оплаты на месте, и/или при которых, лечение не может быть осуществлено в лечебных учреждениях, сотрудничающих со Страховщиком / Сервисной компанией, Застрахованный сам оплачивает предварительно согласованные или организованные ему Страховщиком / Сервисной компанией услуги. По возвращении на территорию

ПМЖ, подает Страховщику документы для рассмотрения вопроса о страховой выплате в порядке, определенном настоящими Правилами и Договором страхования.

Страховщик в случае самостоятельного обращения Застрахованного в лечебное учреждение (если оно не было организовано и/или предварительно, до обращения в медицинское учреждение, согласовано со Страховщиком / Сервисной компанией) оставляет за собой право принять решение о степени участия в урегулировании такого случая. В данном случае Застрахованный самостоятельно оплачивает расходы, и по возвращении в страну постоянного проживания, предоставляет Страховщику документы для рассмотрения вопроса о компенсации понесенных расходов, в соответствии с настоящими Правилами;

15.1.11. на момент организованного Сервисной компанией / Страховщиком визита врача Застрахованный должен находиться по месту вызова врача или явиться заблаговременно на прием по указанному адресу медицинского учреждения. В случае отсутствия во время по месту, согласованному сторонами, Застрахованный обязан оплатить счет за услуги врача или медицинского учреждения в полном объеме в течение 15 дней с даты его получения. Данный счет для оплаты направляется на адрес Застрахованного.

15.2. Страховщик освобождается от возмещения расходов, указанных в Разделе 2 настоящих Правил, если Застрахованный не исполнил либо ненадлежащим образом исполнил обязанности, предусмотренные настоящими Правилами, в результате чего Страховщик был лишен возможности принятия обоснованного решения о признании или непризнании события страховым случаем.

15.3. Страховщик обязан:

15.3.1. сообщить Страхователю свой контактный телефон и/или контактный телефон круглосуточной экстренной помощи;

15.3.2. при признании случая нестраховым в течение 20 (двадцати) календарных дней с даты принятия решения сообщить об этом Страхователю (Застрахованному) о своем решении в письменной форме с мотивированным обоснованием причин.

15.4. В случае неоплаты счета за пропущенный визит врача или неявку в медицинское учреждение Страховщик вправе требовать от Застрахованного оплаты счета согласно п. 15.1.11. В случае своевременной неоплаты счета Застрахованным Страховщик имеет право обратиться в суд или передать задолженность Застрахованного в коллекторское агентство.

## **16. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**

16.1. Страховая выплата осуществляется в случае, если:

16.1.1. Застрахованный получил медицинскую/медико-транспортную помощь, организованную и/или согласованную Сервисной компанией/Страховщиком;

16.1.2. Застрахованный самостоятельно оплатил счета за оказанную ему медицинскую/медико-транспортную помощь/экстренную помощь, согласованную с Сервисной компанией и/или Страховщиком. При предоставлении неоплаченных счетов Застрахованный обязан дать письменные объяснения. Неоплаченные счета, полученные по почте, должны быть предоставлены Страховщику или Сервисной компании в течение 10 (десяти) дней с даты получения счета. Страховщик, при признании события страховым случаем, возмещает указанные расходы (или оплатит счет) на основании письменного заявления Страхователя (Застрахованного) и оригиналов документов

16.2. К заявлению о страховой выплате с детальным описанием обстоятельств наступления случая и размера оплаченных расходов должны быть приложены оригиналы либо копии документов, заверенные нотариально или в установленном Законом порядке (платежные документы – только оригиналы):

16.2.1. Договор страхования;

16.2.2. медицинские документы на официальном бланке медицинского учреждения с указанием адреса и контактных данных медицинского учреждения и врача, содержащие сведения о дате обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья Страхователя (Застрахованного) в момент обращения за медицинской помощью, диагнозе, проведенных медицинских манипуляциях и предоставленных медикаментах с разбивкой по датам и стоимости, медицинские документы о несчастном случае; направления на прохождение лабораторных исследований с указанием дат, наименований и стоимости услуг; результаты проведенных исследований на состояние алкогольного, наркотического опьянения или указание в медицинском отчете о признаках (не-) употребления алкоголя в случае травмы или ДТП, произошедшего при управлении Застрахованным любым транспортным средством; решение суда с указанием виновника ДТП (если есть); листок нетрудоспособности (если есть), водительское

удостоверение (если есть); 16.2.3. официальные документы из компетентных органов (правоохранительных и судебных органов), подтверждающие факт несчастного случая (акт о наступлении несчастного случая) и обстоятельства происшествия;

16.2.4. документы, подтверждающие факт оплаты медицинских услуг (на фирменном бланке и с соответствующем штампом), с указанием фамилии, имени пациента, даты рождения, даты обращения, диагноза, продолжительности лечения, перечня оказанных услуг с разбивкой по датам и стоимости, а также с указанием общей суммы к оплате, валюты и способа платежа; счета медицинских и иных учреждений за оказанные услуги, направления на прохождение лабораторных и диагностических исследований с указанием дат, наименований, обоснований и стоимости услуг. Для рассмотрения вопроса о возмещении понесенных расходов, от Застрахованного принимаются только оплаченные счета;

16.2.5. аптечные чеки/счета об оплате медикаментов, выписанных лечащим врачом в связи с установленным диагнозом и назначением (рецепт) врача с указанием на них в счете/медицинском отчете (рецепт должен содержать следующую информацию: фамилию, имя Застрахованного и врача, названия лекарственного препарата, количество, доза и порядок применения, дата оформления рецепта);

16.2.6. документы, подтверждающие факт оплаты телефонных переговоров (факсимильного сообщения) со Страховщиком или Сервисной компанией, или их представителями по номерам телефонов, указанным в Договоре страхования. При этом счет должен содержать следующие данные: дата звонка, телефонный номер, продолжительность переговоров и оплаченная сумма;

16.2.7. проездные документы, приобретенные Застрахованным до начала поездки, или документы, подтверждающие их покупку;

16.2.8. проездные документы для возвращения к ПМЖ;

16.2.9. документы, подтверждающие обмен/сдачу проездных документов (за исключением безвозвратных билетов, когда предоставляется документ, подтверждающий их невозвратность);

16.2.10. билет (посадочный талон);

16.2.11. заграничный паспорт с отметками пограничного контроля и документ, являющийся основанием пребывания на территории наступления заявленного события (виза страны поездки, разрешение на пребывание и т.д.) – для иностранных граждан;

16.2.12. справка о ДТП, полис ОСАГО или международный договор страхования автогражданской ответственности (Зеленая карта) (для иностранных граждан) в случае ДТП (при наличии);

16.2.13. информация/документы о состоянии здоровья (выписной эпикриз при стационарном лечении и выписка из карты амбулаторного больного, информационное письмо от ТФОМС (территориального фонда обязательного медицинского страхования)/Страховой медицинской организации (организаций, если они менялись за последние три года), которую (-ые) Застрахованный выбрал для ОМС (обязательному медицинскому страхованию), о проведении лечения за последние 3 (три) года, заключение врача, эксперта или врачебной комиссии;

16.2.14. документы, подтверждающие родство с Застрахованным (свидетельство о рождении, документ об опекуновстве при представлении интересов несовершеннолетних / недееспособных лиц);

16.2.15. документы, подтверждающие причину необращения к Страховщику /в Сервисную компанию.

16.3. Страховщик вправе сократить перечень документов для осуществления выплаты, перечисленных в п. 16.2. настоящих Правил.

16.4. По требованию Страховщика Застрахованный обязан пройти медицинское освидетельствование врачом, назначенным Страховщиком. При отказе Застрахованного от прохождения экспертизы, Страховщик имеет право отказать в выплате. Оплата медицинского освидетельствования производится Застрахованным лицом (или его представителем).

16.5. Страховая выплата осуществляется с учетом всех платежей по страховому случаю, предназначенных как на оплату медицинской и экстренной помощи, так и на оплату услуг по организации помощи Сервисной компанией. Оплата почтовых расходов, комиссия банка-эквайера Правилами страхования не предусмотрены.

16.6. Программы страхования по рискам раздела 2.

|  |   |
|--|---|
| Коды программы страхования по страховому риску «Медицинская и экстренная помощь» | Перечень расходов, подлежащих возмещению при условии, что произошедшее событие будет признано страховым случаем, в соответствии со следующими пунктами настоящих Правил |
|--|---|

|           |   |
|-----------|---|
| 1-Промо   | 13.6.1.1.-13.6.1.3.; 13.6.2.1.а, г); 13.6.2.2.-13.6.2.3.; 13.6.3.; 13.6.4.1.б); 13.6.4.8.; 13.2.б). |
| 2-Эконом  | 13.6.1.1.-13.6.1.3.; 13.6.2.1.-13.6.2.3.; 13.6.3.; 13.6.4.1.б); 13.6.4.8.; 13.2.б).                 |
| 3-Оптимум | 13.6.1.1.-13.6.1.3.; 13.6.2.1.-13.6.2.3.; 13.6.3.; 13.6.4.1.- 13.6.4.6.; 13.6.4.8.; 13.2.б).        |
| 4-Премьер | 13.6.1.1.-13.6.1.4.; 13.6.2.1.-13.6.2.3.; 13.6.3.; 13.6.4.1. – 13.6.4.10.; 13.2.б).                 |

### **РАЗДЕЛ 3. «ДОЖИТИЕ ДО СОБЫТИЯ, СВЯЗАННОГО С ОТМЕНОЙ ПОЕЗДКИ»**

#### **17. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

17.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного, связанные с дожитием Застрахованного в период действия страхования до событий, наступивших в жизни Застрахованного и обусловивших отмену поездки или повлекших необходимость изменения сроков пребывания в поездке (страховой риск «Дожитие до события, связанного с отменой поездки»).

17.2. В рамках настоящих Правил, если Договором не предусмотрено иное:

- под туристической поездкой понимается поездка, осуществляемая в соответствии с туристским продуктом, предоставленным турагентом/туроператором по Договору о реализации туристского продукта. Туристский продукт - комплекс услуг по перевозке и размещению, оказываемых за общую цену (независимо от включения в общую цену стоимости экскурсионного обслуживания и (или) других услуг) по Договору о реализации туристского продукта в соответствии ФЗ N 132-ФЗ "Об основах туристской деятельности в Российской Федерации";

- под совместной туристической поездкой понимается поездка, оформленная совместно с Застрахованным по одному Договору о реализации туристского продукта, в котором совпадают сроки, количество дней проживания, место проживания (город (территория), гостиница, один номер в гостинице), что подтверждается документами (туристский ваучер, туристская путевка, проездные документы на одну дату вылета/прилета (в соответствии с п. 6.2. Правил), подтверждение бронирования гостиницы, выписка об оплате с банковского счета или кассовый чек);

- под самостоятельно организованной поездкой понимается поездка, предусматривающая оплату проездных документов и/или оплату проживания в гостинице, организованная без привлечения турагента или туроператора и без заключения Договора о реализации туристского продукта;

- под совместной самостоятельно организованной поездкой понимается поездка, запланированная совместно с Застрахованным, у которой совпадают сроки, количество дней проживания, место проживания (город (территория), гостиница, один номер в гостинице), что подтверждается документами (проездные документы на одну дату вылета/прилета (в соответствии с п. 6.2. настоящих Правил), подтверждение бронирования гостиницы, выписка об оплате с банковского счета), организованная без привлечения турагента или туроператора и без заключения Договора о реализации туристского продукта.

#### **18. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ**

18.1. Страховым случаем, если иное не предусмотрено Договором страхования, признается дожитие Застрахованного в период действия страхования до событий, перечисленных в настоящем пункте, наступивших в жизни Застрахованного и обусловивших отмену поездки или повлекших необходимость изменения сроков пребывания в поездке, подтвержденных документами, выданными компетентными органами, за исключением случаев, предусмотренных как не страховые случаи в настоящих Правилах страхования:

18.1.1. в части отмены поездки (в отношении туристической и самостоятельно организованной поездки):

18.1.1.1. смерть Застрахованного или его близкого родственника, или лица, совершающего совместную поездку с Застрахованным, произошедшая не ранее чем за 15 дней до начала поездки в результате несчастного случая или внезапного заболевания, если иной срок не указан в Договоре страхования;

18.1.1.2. внезапное острое заболевание, травма, отравление Застрахованного или его близкого родственника, или лица, совершающего совместную поездку с Застрахованным, приведшие по медицинским показаниям к необходимости круглосуточного стационарного лечения. Для признания события страховым случаем стационарное лечение Застрахованного, подтвержденное выпиской, должно начинаться не ранее, чем за 7 дней до даты начала поездки, и длительность непрерывного стационарного лечения должна составлять более двух суток;

18.1.1.3. травма Застрахованного или лица, совершающего совместную поездку с Застрахованным, сопровождающаяся переломом кости (костей), произошедшая не ранее чем за 21 день до начала поездки и приведшая к необходимости амбулаторного лечения, но только в том случае, если есть медицинские противопоказания для осуществления запланированной поездки;

18.1.1.4. травма близкого родственника Застрахованного, сопровождающаяся переломом кости (костей), произошедшая не ранее чем за 21 день до начала поездки и приведшая к необходимости ухода на дату начала поездки за близким родственником со стороны Застрахованного или лица, совершающего совместную поездку с Застрахованным, подтвержденного документами от медицинского учреждения;

18.1.1.5. заболевания, требующие проведения мероприятий по санитарной охране территории РФ (далее - особо опасные инфекции), согласно СП 3.4.2318-08 «Санитарная охрана территории Российской Федерации», «детские инфекции» (корь, краснуха, ветряная оспа, скарлатина, дифтерия, коклюш, эпидемический паротит), произошедшие до начала поездки с Застрахованным или его близким родственником, или лицом, совершающим совместную поездку с Застрахованным, и имеющиеся на дату поездки;

18.1.2. в части изменения сроков пребывания в поездке по причине досрочного возвращения или задержки на территории страхования и невозможности вернуться из поездки по заранее приобретенным проездным документам (в отношении как туристической, так и самостоятельно организованной поездки) в связи:

18.1.2.1. с внезапным критическим расстройством здоровья, потребовавшим стационарного лечения Застрахованного, близких родственников Застрахованного, лица, совершающего совместную поездку с Застрахованным;

18.1.2.2. со смертью Застрахованного, близких родственников Застрахованного, лица, совершающего совместную поездку с Застрахованным;

18.1.2.3. с иными событиями, прямо оговорёнными Сторонами в Договоре страхования.

18.1.2.4. с ситуацией вынужденного, досрочного возвращения ранее даты приобретенных проездных документов для возвращения из поездки из-за смерти близкого родственника или нахождения близкого родственника в критическом состоянии с возможностью летального исхода на территории ПМЖ (только при условии, что транспортировка состоится в рамках срока страхования и количество застрахованных дней по Договору страхования в отношении Застрахованного составляет более 90 дней). Транспортировка на территорию ПМЖ и обратно на территорию страхования организуется и оплачивается Застрахованным самостоятельно после согласования со Страховщиком / Сервисной компанией. При расчёте страховой выплаты учитывается только стоимость билетов экономического или приравненного к нему класса.

18.2. В соответствии с Правилами не являются страховыми случаями события, указанные в п. 18.1. Правил, если Договором страхования не предусмотрено иное, если они произошли в следствии (далее по тексту - не страховые случаи):

18.2.1. ликвидацией, банкротством, несостоятельностью туроператора/турагента, авиакомпании, железнодорожного или водного перевозчика, гостиницы, посредников, работодателя, оказывающих услуги по организации поездки, либо невыполнение или ненадлежащее выполнение ими обязательств по Договору о реализации туристского продукта/Договору о перевозке пассажира и пр.; невозможностью Застрахованного по вине перевозчика зарегистрироваться по оплаченному маршруту/перевозке;

18.2.2. несвоевременной оплаты Страхователем поездки;

18.2.3. невозможности осуществления поездки Застрахованным или его близким родственником, или лицом, совершающим совместную поездку с Застрахованным, в результате планового лечения;

18.2.4. необходимости лечения заболеваний (расстройств здоровья), которые в течение последних 6 (шести) месяцев требовали лечения;

18.2.5. возникновения у Застрахованного или его близкого родственника или лица, совершающего совместную поездку с Застрахованным, состояния, препятствующего поездке/перевозке, связанного с:

а) состояния беременности (как нормально, так и патологически протекающей);

б) нервного заболевания, психического расстройства и расстройства поведения; эпизодического и пароксизмального расстройства нервной системы (эпилепсия и эпилептические синдромы, припадки grand mal и petit mal, эпилептический статус, мигрени, мигренозный статус, расстройства сна);

в) венерического заболевания и заболеваний, передающимися половым путем, онкологическими, хронических заболеваний;

г) состояния неполного выздоровления и/или проведения курса лечения;

д) травм (ранений), полученных в состоянии опьянения любой природы и степени тяжести и/или в результате совершения Застрахованным преступных действий, по факту совершения которых было возбуждено уголовное или административное дело/производство;



18.2.6. возникновения любого расстройства здоровья, связанного с оказанием стоматологической помощи;

18.2.7. неполучения необходимой для поездки вакцинации до отъезда на территорию страхования или ее осложнениями;

18.2.8. любого события, произошедшего при нахождении Застрахованного под воздействием наркотических или других одурманивающих веществ, (включая правонарушения, ДТП, произошедшее при управлении Застрахованным любым транспортным средством);

18.2.9. любого события, произошедшего при нахождении Застрахованного в алкогольном опьянении (включая правонарушения, ДТП, произошедшее при управлении Застрахованным любым транспортным средством), за исключением Договоров страхования с условием «Употребление алкоголя», отраженным в графе «Особые условия» Договора страхования, кроме правонарушений, ДТП, произошедшего при управлении Застрахованным любым транспортным средством;

18.2.10. любого события, если Застрахованный намеренно и осознанно:

- причинил вред своему здоровью, предпринял суицидальные попытки и иные умышленные действия, направленные на наступление страхового случая, за исключением случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что должно быть подтверждено решениями соответствующих органов;

- подверг свою жизнь и здоровье неоправданному/повышенному риску, за исключением случаев спасения жизни другому лицу, пренебрежением правил техники безопасности, что должно быть подтверждено документами соответствующих органов;

18.2.11. травмы, полученной при управлении Застрахованным транспортным средством без законного основания на его управление, включая отсутствие прав на управление транспортным средством соответствующей категории;

18.2.12. травмы Застрахованного, полученной при полете на любом виде летательного аппарата (безмоторных, моторных планерах, парапланах, сверхлегких аппаратах и т.д.), управлением им, кроме случаев полета в качестве пассажира на самолете гражданской авиации обычного или чартерного рейса, управляемом профессиональным пилотом;

18.2.13. возникновения обстоятельств, препятствующих совершению поездки, вне сроков действия Договора страхования;

18.2.14. наступления форс-мажорных обстоятельств, таких как война, военные действия, а также манёвры или иные военные мероприятия и их последствия, забастовки, революции, мятежи, восстания, гражданские волнения, народные волнения всякого рода и массовые беспорядки; акты терроризма и их последствия; эпидемии; метеоусловия, стихийные бедствия и их последствия; ядерный взрыв, прямое или косвенное воздействие радиации, радиоактивного или иного вида заражения, любые виды чрезвычайных ситуаций (катастроф и т.п.) и других обстоятельств непреодолимой силы, а также случаев, предусмотренных законодательством РФ; применения санкций со стороны иностранных государств в отношении РФ и контрсанкций, повлекших за собой частичное или полное неисполнение обязательств по Договору страхования;

18.2.15. неисполнения обязательств, наложенных судом (если у Застрахованного не уплачены налоги, не погашен банковский кредит, квартплата, алименты и т.п.), и передачей дела на исполнение в службу судебных приставов, коллекторов;

18.2.16. события, указанные в п. 18.1. настоящих Правил не признаются страховыми случаями, если по факту наступления события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь (Застрахованный) своевременно, т.е. не позднее 2 (двух) рабочих дней после возникновения события, препятствующего осуществлению поездки, не обратился к туроператору/турагенту за аннуляцией Договора о реализации туристского продукта либо за изменением сроков поездки по Договору о реализации туристского продукта; по самостоятельно организованной поездке: в транспортную организацию - за аннуляцией проездных документов; в гостиницу - за аннуляцией брони номера в гостинице.

18.3. Страховая выплата по страховому случаю «Дожитие до события, связанного с отменой поездки», если иное не предусмотрено в Договоре, осуществляется в пределах размера страховой суммы, но не более фактически документально подтвержденных расходов Застрахованного, понесенных в связи с событиями, указанными в п.18.1. настоящих Правил.

18.4. Под фактическими документально подтвержденными расходами Застрахованного понимаются понесенные Застрахованным расходы, которые устанавливаются при предъявлении соответствующих законодательству РФ оригиналов документов из турагентства (от туроператора) либо иной организации, из

транспортной организации, подтверждающих реально понесенные Застрахованным расходы, состав туристского продукта по Договору о реализации туристского продукта, перечень услуг, выписки со счета банковской карты или документы, подтверждающие наличную оплату, об оплате услуг по покупке/обмену проездных документов и оплаты проживания в гостинице.

18.5. Ответственность Страховщика по страховому риску «Дожитие до события, связанного с отменой поездки», если иное прямо не указано в Договоре страхования, распространяется на расходы, понесенные не ранее, чем за 5 (пять) рабочих дней до даты заключения Договора страхования включительно в связи с оплатой:

- а) туристической поездки по Договору о реализации туристского продукта при единовременной оплате;
- б) первого взноса за туристическую поездку по Договору о реализации туристского продукта - при оплате в рассрочку в страховую выплату включаются и последующие взносы при оплате в рассрочку только при условии, что первый взнос был оплачен не ранее, чем за 5 рабочих дней до даты заключения Договора страхования на страховую сумму равную полной стоимости туристической поездки в соответствии с Договором о реализации туристского продукта);
- в) проездных документов при самостоятельно организованной поездке;
- г) проживания в гостинице при самостоятельно организованной поездке;
- д) проездных документов и оплаты проживания в гостинице, если они куплены одной датой при самостоятельно организованной поездке.

18.6. Если в Договор о реализации туристского продукта, оформленный турагентом или туроператором, вносится один дополнительный участник туристической поездки, то заключение Договора страхования по страховому риску «Дожитие до события, связанного с отменой поездки» на данное лицо возможно только при условии бронирования его туристической поездки в том же календарном месяце, в котором был заключен Договор о реализации туристского продукта.

18.7. В Договоре страхования стороны могут предусмотреть, что исключения из страхования, указанные в п. 18.2. настоящих Правил, включаются в страхование (Страховщик по указанным обстоятельствам производит страховую выплату), при этом в Договоре страхования в графе «Особые условия» указываются подпункты, включенные в страхование.

18.8. Договор страхования по страховому риску «Дожитие до события, связанного с отменой поездки» в отношении лиц, совершающих совместную туристическую поездку/совместную самостоятельно организованную поездку и не являющихся близкими родственниками, может быть заключен в отношении не более чем двух лиц. В таком случае при признании Страховщиком заявленного события страховым случаем в отношении одного из двух Застрахованных по основаниям, указанным в п. 18.1. настоящих Правил, событие признается страховым случаем и в отношении второго Застрахованного, при условии оформления Договора о реализации туристического продукта только на данных двух лиц либо документально подтвержденной совместной самостоятельно организованной поездки только на данных двух лиц и при условии их совместного проживания в одном номере, совпадающим количеством дней проживания имеющим проездные документы по одной дате вылета/прилета, что подтверждено документально.

## **19. СТРАХОВАЯ СУММА. ЛИМИТЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ СТРАХОВЩИКА**

19.1. Страховая сумма по страховому риску «Дожитие до события, связанного с отменой поездки» устанавливается по соглашению Сторон.

19.2. Выплата страховой суммы осуществляется в пределах расходов:

- 19.2.1. для туристической поездки - стоимости услуг, предоставляемых туроператором/турагентом в соответствии с Договором о реализации туристского продукта;
- 19.2.2. для самостоятельно организованной поездки - стоимости конкретной услуги на оплату гостиницы и/или оплату проездных документов.

19.3. Страховщик имеет право устанавливать лимиты ответственности и безусловную франшизу по страховому риску «Дожитие до события, связанного с отменой поездки».

## **20. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ**

20.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь (Застрахованный) или лицо, совершающее совместную поездку со Страхователем (Застрахованным), обязан:

- а) незамедлительно, как только ему станет об этом известно, уведомить о произошедшем событии Страховщика;
- б) своевременно, т.е. в течение 30 (тридцати) рабочих дней после наступления события, имеющего признаки страхового случая, произошедшего до начала поездки, или 30 (тридцати) рабочих дней после возвращения из поездки, в письменной форме заявить Страховщику о его наступлении, указав в заявлении характер и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая;
- в) своевременно обратиться, т.е. в течение 2 (двух) рабочих дней после наступления события, имеющего признаки страхового случая, к туроператору/турагенту за аннуляцией Договора о реализации туристского продукта либо за изменением срока поездки по Договору о реализации туристского продукта; по самостоятельно организованной поездке: в транспортную организацию - за аннуляцией проездных документов; в гостиницу - за аннуляцией брони номера в гостинице.

В заявлении должны быть указаны характер и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая. К заявлению прикладываются оригиналы либо копии, заверенные нотариально или в установленном Законом порядке, следующих документов:

20.1.1. по расходам, указанным в п. 18.1. настоящих Правил, если иное не предусмотрено Договором страхования:

20.1.1.1. перевозочные документы (проездные документы, приобретенные Застрахованным до начала поездки, или документы, подтверждающие их покупку, проездные документы для возвращения на территорию ПМЖ; документы, подтверждающие обмен/сдачу проездных документов; посадочные талоны и т.п.) транспортных компаний и других организаций, услугами которых воспользовался/не воспользовался Страхователь (Застрахованный) в связи с отменой поездки, подтверждающие наличие убытков, связанных с аннулированием проездных документов, отказом от забронированного и оплаченного в гостинице номера и т.д.;

20.1.1.2. документы и сведения, подтверждающие наступление предусмотренного Договором страхования события у Застрахованного или его близких родственников, или лица, совершающего с Застрахованным совместную поездку, необходимые для установления характера страхового случая, а именно:

20.1.1.2.1. при невозможности совершения поездки по причине:

а) смерти, внезапного острого заболевания, травмы, отравления, приведшие по медицинским показаниям к необходимости круглосуточного стационарного лечения на дату поездки продолжительностью более 2-х суток - свидетельство о смерти; выписка из истории болезни из медицинского учреждения за период стационарного лечения (выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного), документы, подтверждающие родственную связь Застрахованного и близкого родственника (здесь и далее - свидетельство о браке, свидетельство о рождении, свидетельство об усыновлении ребенка, опекуное удостоверение (решение органа опеки о назначении лица опекуном или попечителем); официальные документы из компетентных органов (справки правоохранительных и судебных органов), подтверждающие факт несчастного случая (акт о наступлении несчастного случая) и обстоятельства происшествия, если причиной наступления события явилось ДТП и Застрахованный являлся водителем: результаты проведенных исследований на состояние алкогольного, наркотического опьянения, водительское удостоверение; выписка из истории болезни за последние 6 месяцев, листок нетрудоспособности);

б) травмы Застрахованного или близкого родственника, сопровождающейся переломом кости (костей), произошедшей до начала поездки и приведшей к необходимости амбулаторного и(или) круглосуточного стационарного лечения – выписка из истории болезни из медицинского учреждения за весь период лечения, (выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного) с указанием противопоказаний к осуществлению запланированной поездки, документы, подтверждающие родственную связь Застрахованного и близкого родственника; официальные документы из компетентных органов (справки правоохранительных и судебных органов), подтверждающие факт несчастного случая (акт о наступлении несчастного случая) и обстоятельства происшествия, результаты проведенных исследований на состояние алкогольного, наркотического опьянения; при необходимости ухода на дату начала поездки за близким родственником со стороны Застрахованного или лица, совершающего совместную поездку с Застрахованным - заключение врачебной комиссии о необходимости постороннего ухода с указанием диагноза и периода, в течение которого Потерпевший нуждался в постороннем уходе;

в) заболевания особо опасными инфекциями, «детские инфекции», произошедшие до начала поездки:

при особо опасных инфекциях: выписка из истории болезни из медицинского учреждения за весь период лечения (выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного); документы, подтверждающие родственную связь Застрахованного и близкого родственника; при детских инфекциях: справка о нахождении на карантине по поводу перенесенного инфекционного заболевания; при амбулаторном лечении - выписка из истории болезни из медицинского учреждения за весь период карантинных мероприятий (выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного); документы, подтверждающие родственную связь Застрахованного и близкого родственника;

а также:

20.1.2. по расходам, предусмотренным Договором о реализации туристского продукта, указанным в подпункте 18.1.1. настоящих Правил, если иное не предусмотрено Договором страхования:

20.1.2.1. Договор о реализации туристского продукта и Договор страхования;

20.1.2.2. документы, подтверждающие получение туроператором/турагентом денежных средств на оплату Договора о реализации туристского продукта;

20.1.2.3. документы, подтверждающие возврат туроператором/турагентом части денежных средств согласно положениям аннуляции поездки туроператором/турагентом в случае отмены поездки (калькуляция возврата и расходный кассовый ордер), содержащие в том числе дату подачи заявления от Страхователя (Застрахованного) об аннуляции поездки по Договору о реализации туристского продукта и дату аннуляции поездки по Договору о реализации туристского продукта туроператором/турагентом;

20.1.2.4. копию Договора между туроператором и турагентом, справку от турагента о стоимости туристических услуг, удержанных (невозвращенных) турагентом (комиссионное вознаграждение) заключении Договора о реализации туристского продукта через турагента;

20.1.2.5. финансовые документы туроператора/турагента, подтверждающие фактически понесенные расходы туроператора/турагента в связи с исполнением Договора о реализации туристского продукта, с указанием следующих данных: полной стоимости тура с разбивкой на услуги, включенные в тур из расчета: компонент тура, его сумма на всех участников тура по Договору/на 1 участника тура), а также сумме удержанных средств по причине аннуляции тура из расчета компонент тура, удержанная сумма на всех участников тура по Договору/на 1 участника тура);

20.1.2.6. справку туроператора/турагента с детализированным указанием услуг, оплаченных по Договору о реализации туристского продукта, включая оплаченные штрафы за аннулирование поездки и прочие невозмещаемые расходы.

20.1.3. По расходам, предусмотренным по самостоятельно организованной поездке, указанным в подпункте 18.1.2. настоящих Правил, если иное не предусмотрено Договором страхования:

20.1.3.1. документы, подтверждающие наличный расчет/оплату банковской картой: кассовый чек, выписку с банковского счета, заверенную банком;

20.1.3.2. документы из транспортной организации, подтверждающие расходы Страхователя (Застрахованного) в связи с аннуляцией/обменом проездных документов; документы из гостиницы, подтверждающие расходы Страхователя (Застрахованного) в связи с аннуляцией брони номера в гостинице, доплатой проживания в гостинице при переносе сроков поездки.

20.2. При наступлении события (событий) с Застрахованным из предусмотренных в п. 18.1. настоящих Правил, Страхователь (Застрахованный) обязан немедленно в течение 2 (двух) дней после этого события, наступившего в жизни Застрахованного лица и повлекшего отмену поездки или необходимость изменения сроков пребывания в поездке заявить туроператору/турагенту об отмене поездки или о переносе ее сроков. В договоре страхования, по соглашению Страховщика и Страхователя, могут быть указаны иные обязанности Сторон и ответственность за их неисполнение.

20.3. Страхователь (Застрахованный) обязан давать письменные разъяснения на запросы Страховщика, связанные с наступлением страхового случая.

## **21. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**

21.1. Страховая выплата осуществляется Застрахованному (Страхователю) с которым наступил страховой случай, указанный в Договоре страхования.

21.2. Для страховой выплаты при наступлении страхового случая по разделу «Дожитие до события, связанного с отменой поездки» по туристической поездке, организованной турагентом или туроператором, при наступлении страхового случая Застрахованный обязан представить Страховщику заявление на

выплату по установленной Страховщиком форме с приложением к нему документов, указанных в п. 20.1.2. настоящих Правил, а также оригиналов либо копий, заверенных нотариально или в установленном Законом порядке (платежные документы – только оригиналы), следующих документов:

21.2.1. Договор страхования;

21.2.2. общегражданский паспорт и/или иной документ, удостоверяющий личность Страхователя (Застрахованного), основания для пребывания в стране для нерезидентов РФ (виза Российской Федерации, разрешение на пребывание);

21.2.3. Договор о реализации туристского продукта, кассовый чек или бланк строгой отчетности «туристская путевка» на оплату указанных услуг;

21.2.4. официальное письмо на фирменном бланке от туроператора/ турагента:

- с указанием стоимости тура и всех участников тура по Договору о реализации туристского продукта; стоимости тура для каждого участника тура;

- с расчетом (калькуляцией) суммы возврата стоимости поездки по Договору о реализации туристского продукта, за подписью директора и главного бухгалтера организации;

- с расчетом фактически понесенных туроператором/турагентом расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору о реализации туристского продукта, заверенный директором и главным бухгалтером организации с указанием удержанной стоимости каждой услуги, входящей в туристский продукт на каждого участника тура;

- содержащее в обязательном порядке дату обращения Страхователя к турагенту/туроператору за аннуляцией поездки по Договору о реализации туристского продукта;

21.2.5. билет (посадочный талон);

21.2.6. в случае реализации туристского продукта через туристическое агентство - договор между туроператором и турагентством.

21.3. Для страховой выплаты при наступлении страхового случая «Дожитие до события, связанного с отменой поездки» по самостоятельно организованной поездке при наступлении страхового случая Застрахованный обязан представить Страховщику заявление на выплату по установленной Страховщиком форме с приложением к нему документов, указанных в п. 20.1.3. настоящих Правил, а также оригиналов либо копий, заверенных нотариально или в установленном Законом порядке (платежные документы – только оригиналы), следующих документов:

21.3.1. Договор страхования;

21.3.2. общегражданский паспорт и/или иной документ, удостоверяющий личность Страхователя (Застрахованного);

21.3.3. выписка со счета банковской карты, заверенная печатью банка, с указанием даты списания средств, суммы и получателя либо документы, подтверждающие наличный расчет, отражающие оплату билетов, проживания в гостинице, штрафные санкции за отмену бронирования, возврат за сдачу неиспользованных проездных документов;

21.3.4. распечатки подтверждения бронирования с идентификационным номером или кодом, указанием получателя услуги, стоимости бронирования и ссылкой на условия бронирования;

21.3.5. документы, подтверждающие наступление страхового случая (выписной эпикриз).

21.4. Страховая выплата при наступлении события, имеющего признаки страхового случая «Дожитие до события, связанного с отменой поездки» производится в соответствии с условиями Договора страхования и в пределах страховой суммы, установленной по данному страховому риску, с учётом предусмотренных в Договоре страхования лимитов ответственности.

21.5. Программы страхования по разделу 3.

| Коды программ страхования по страховым рискам раздела «Дожитие до события, связанного с отменой поездки» | Перечень страховых случаев в соответствии со следующими пунктами настоящих Правил |
|--|---|
| 01   | 18.1.1.   |
| 02   | 18.1.1., 18.1.2.  |

## **РАЗДЕЛ 4. «НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ»**

### **22. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

22.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Страхователя (Застрахованного), связанные с причинением вреда здоровью, а также со смертью Застрахованного в результате несчастного случая.

Признание Страховщиком произошедшего события страховым и страховая выплата по любому иному риску, предусмотренному настоящими Правилами (в разделах 2, 3), не является (автоматическим) признанием его страховым случаем по страховым рискам раздела 4 «Несчастный случай».

### **23. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ**

23.1. В рамках раздела «Несчастный случай» под несчастным случаем понимается внезапное, непредвиденное, непреднамеренное, кратковременное внешнее событие или воздействие, характер, время и место которого могут быть однозначно определены и которое повлекло за собой телесное повреждение или иное нарушение функций организма или смерть Застрахованного, не являющееся следствием заболевания, произошедшее в указанный в Договоре срок страхования и в пределах территории страхования, независимо от воли Застрахованного и/или Страхователя и/или Выгодоприобретателя.

Не являются несчастным случаем остро возникшие или хронические заболевания и их осложнения (как ранее диагностированные, так и впервые выявленные), спровоцированные воздействием внешних факторов, в том числе инфаркт миокарда, инсульт, разрыв аневризмы, опухоли, функциональная недостаточность органов, врождённые аномалии органов, если иное не оговорено в Договоре.

23.2. Страховыми случаями по разделу «Несчастный случай», если иное не предусмотрено Договором страхования, являются следующие события за исключением случаев, предусмотренных как не страховые случаи в настоящих Правилах страхования:

23.2.1. травма, явившаяся следствием несчастного случая, случайное острое отравление химическими веществами и ядами биологического происхождения (включая токсин, вызывающий заболевание ботулизмом, столбняк). Указанные события признаются страховыми случаями, если данный страховой риск включён в ответственность по Договору страхования, события произошли с Застрахованным в период действия страхования на территории страхования и сопровождалась причинением вреда здоровью Застрахованного, предусмотренного вариантом «Таблицы размеров страховых выплат» (Приложение № 5 к настоящим Правилам), указанным в графе «Особые условия» Договора страхования.

В рамках настоящих Правил под травмой понимается нарушение структуры живых тканей и анатомической целостности органов, явившееся следствием одномоментного или кратковременного внешнего воздействия физических (за исключением электромагнитного и ионизирующего излучения) или химических факторов внешней среды, диагноз которого поставлен на основании известных медицинской науке объективных симптомов.

В рамках настоящих Правил к случайным острым отравлениям относятся резко развивающиеся болезненные изменения и защитные реакции организма Страхователя (Застрахованного), вызванные одномоментным или кратковременным воздействием случайно поступившего из внешней среды внутрь организма химического вещества, обладающего токсическими (отравляющими) свойствами. Инфекционные болезни, в том числе сопровождающиеся интоксикацией (сальмонеллез, дизентерия и др.), к случайным острым отравлениям не относятся;

23.2.2. инвалидность I, II, III группы или категория «ребенок-инвалид», первично установленная Застрахованному вследствие следующих событий, произошедших с ним в период действия страхования на территории страхования и послуживших причиной инвалидности: травмы, явившейся следствием несчастного случая или неправильных медицинских манипуляций, случайного острого отравления химическими веществами и ядами биологического происхождения (включая токсин, вызывающий заболевание ботулизмом). При этом инвалидность Застрахованному должна быть установлена в период, не превышающий 12 месяцев с даты наступления события, указанного в настоящем подпункте и послуживший причиной инвалидности;

23.2.3. смерть Застрахованного вследствие следующих событий, произошедших с ним в период действия страхования на территории страхования и послуживших причиной смерти: травмы, явившейся следствием несчастного случая или неправильных медицинских манипуляций, случайного острого отравления

химическими веществами и ядами биологического происхождения, а также от удушения вследствие случайного попадания в дыхательные пути инородного тела, утопления, анафилактического шока, переохлаждения организма, при условии, что смерть Застрахованного наступила в период, не превышающий 6 (шесть) месяцев с даты наступления события, указанного в настоящем подпункте, и послужившего причиной смерти.

23.3. В соответствии с Правилами не являются страховыми случаями события, указанные в п. 23.2. Правил, если Договором страхования не предусмотрено иное, если они произошли в следствии (далее по тексту - не страховые случаи):

23.3.1. совершения Застрахованным умышленного преступления;

23.3.2. несчастного случая, наступившим с Застрахованным в местах лишения свободы;

23.3.3. отравления спиртосодержащими и/или наркотическими, токсическими веществами Застрахованного, если компетентными органами не установлен факт их насильственного введения либо вынужденного употребления;

23.3.4. любого события, произошедшим при нахождении Застрахованного под воздействием наркотических или других одурманивающих веществ, (включая правонарушения, ДТП, произошедшие при управлении Застрахованным любым транспортным средством);

23.3.5. любого события, произошедшего с Застрахованным после / во время / в результате употребления алкоголя, при нахождении Застрахованного в состоянии алкогольного опьянения (включая правонарушения, ДТП, произошедшие при управлении Застрахованным любым транспортным средством), за исключением Договоров страхования с условием «Употребление алкоголя», отраженным в графе «Особые условия» Договора страхования, кроме правонарушений, ДТП, произошедших при управлении Застрахованным любым транспортным средством;

23.3.6. травмы, полученной при управлении Застрахованным транспортным средством, без законного основания на его управление, включая отсутствие прав на управление транспортным средством соответствующей категории;

23.3.7. травмы, полученной при полете Застрахованного на любом виде летательного аппарата (безмоторных, моторных планерах, парапланах, сверхлегких аппаратах и т.д.), управлении им, кроме случаев полета в качестве пассажира на самолете гражданской авиации обычного или чартерного рейса, управляемом профессиональным пилотом;

23.3.8. травмы, полученной во время занятий Застрахованного любыми видами спорта и участием в тренировках и спортивных мероприятиях, участия в соревнованиях спортсменов на профессиональном или любительском уровне, а также занятий любым активным проведением отдыха, исключение составляют обращения по Договорам страхования, при оплате которых применен повышающий коэффициент, и в Договоре страхования указано особое условие «Спорт» в графе «Особые условия» согласно п. 3.4.1. настоящих Правил;

23.3.9. травмы, полученной во время занятий скалолазанием, альпинизмом, ледолазанием, хели-ски, парапланеризмом, парасейлингом; травмой, полученной во время подводного погружения более чем на 40 метров, и/или с использованием газовых смесей, в которых содержание кислорода отличается от 21 (двадцати одного) процента, и/или без сертификата ассоциации аквалангистов, вне зависимости от того, включает ли Договор страхования отраженное в графе «Особые условия» условие «Спорт» (согласно п. 3.4.1. настоящих Правил);

23.3.10. травмы, полученной Застрахованным при использовании мототехники (мотоциклы, водные мотоциклы, мопеды, мотороллеры, мотобайки, мотовездеходы, скутеры, снегоходы, сегвей, картинг, рафтинг) вне зависимости от того, был ли Застрахованный водителем или пассажиром, за исключением Договоров страхования с условием «Спорт», отраженным в графе «Особые условия» Договора страхования согласно п. 3.4.1. настоящих Правил;

23.3.11. травмы или состояния, полученными во время занятий Застрахованным любыми видами трудовой деятельности, в том числе, но не ограничиваясь, во время выполнения любых работ, увеличивающих вероятность получения травмы, как в качестве профессиональной, так и непрофессиональной деятельности: водителя транспортного средства, шахтера, электромонтажника, горняка, летчика, выполнение подрывных, строительных и сельскохозяйственных работ, работ на высоте, сдвигающимися механизмами или электроприборами, за исключением Договора страхования с условием «Профессия», отраженным в графе «Особые условия» (согласно п. 3.4.2. настоящих Правил);

- 23.3.12. травмы Застрахованного, имевшей место до начала ответственности Страховщика по Договору страхования, а также ее последствиями;
- 23.3.13. травмы, полученной при судорожных припадках при заболевании эпилепсией;
- 23.3.14. выполнения Застрахованным любого вида профессиональных работ, не предусмотренных в условиях его трудового Договора (контракта);
- 23.3.15. службы Застрахованного в вооруженных силах любого государства и любых формированиях;
- 23.3.16. наступления страхового случая по вине работодателя Застрахованного;
- 23.3.17. наступления форс-мажорных обстоятельств, таких как война, военные действия, а также манёвры или иные военные мероприятия и их последствия, забастовки, революции, мятежи, восстания, гражданские волнения, народные волнения всякого рода и массовые беспорядки; эпидемии, метеоусловия, ядерный взрыв, прямое или косвенное воздействие радиации, радиоактивного или иного вида заражения, любые виды чрезвычайных ситуаций (катастроф и т.п.) и других обстоятельств непреодолимой силы, а также случаев, предусмотренных законодательством РФ; применения санкций со стороны иностранных государств в отношении РФ и контрсанкций, повлекших за собой частичное или полное неисполнение обязательств по Договору страхования;
- 23.3.18. актов терроризма и их последствий, за исключением Договоров страхования с условием «Теракт», отраженным в графе «Особые условия» Договора страхования согласно пп. 3.4.6. настоящих Правил;
- 23.3.19. стихийных бедствий и их последствий;
- 23.3.20. временной нетрудоспособности по беременности, по уходу за ребенком или по уходу за больным, временной нетрудоспособностью вследствие лечения зубов (за исключением повреждений, полученных в результате несчастного случая), венерических болезней, любых заболеваний нервной системы, психических расстройств вне зависимости от их классификации, заболеваний, приобретенных при проведении лечения методами народной (нетрадиционной) медицины;
- 23.3.21. признания Застрахованного безвестно отсутствующим/объявлением Застрахованного умершим по решению суда;
- 23.3.22. по любого события, если Застрахованный намеренно и осознанно:
- причинил вред своему здоровью, предпринял суицидальные попытки и иные умышленные действия, направленные на наступление страхового случая, за исключением случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что должно быть подтверждено решениями соответствующих органов;
  - подверг свою жизнь и здоровье неоправданному/повышенному риску, за исключением случаев спасения жизни другому лицу, пренебрежением правил техники безопасности, что должно быть подтверждено документами соответствующих органов.
- 23.4. Страхование граждан, имеющих группу инвалидности или категорию «ребёнок – инвалид» может осуществляться только по страховому риску, указанному в п.23.2.3. Правил.
- Страхование по страховому риску «Инвалидность I, II, III группы или категория «ребенок-инвалид», если иное не предусмотрено Договором страхования, не осуществляется в отношении граждан иностранных государств или лиц без гражданства, временно пребывающих в РФ, а также не имеющих вида на жительство, разрешения на временное проживание, постоянную/временную регистрацию на территории Российской Федерации, статус беженца.
- 23.5. Страхование по страховым рискам, перечисленным в разделе «Несчастный случай», если иное не предусмотрено Договором страхования, не осуществляется в отношении:
- 23.5.1. лиц, страдающих психическими расстройствами и расстройствами поведения, неврологическими заболеваниями;
- 23.5.2. лиц, состоящих на учете в наркологических и/или психоневрологических, и/или противотуберкулезных диспансерах, лиц, с ранее диагностированным онкологическим заболеванием;
- 23.5.3. лиц, находящихся на стационарном, амбулаторном лечении или обследовании (до их полного выздоровления);
- 23.5.4. лиц, нуждающихся в постоянном уходе по состоянию здоровья;
- 23.5.5. лиц, находящихся под следствием или осужденных к лишению свободы;



23.5.6. граждан иностранных государств, не имеющих постоянную регистрацию на территории Российской Федерации или имеющих временную регистрацию на территории Российской Федерации в части страхового риска «Инвалидность I, II, III группы или категория «ребенок-инвалид».

23.6. В Договоре страхования стороны могут предусмотреть, что исключения из страхования, указанные в пункте 23.3. настоящих Правил, включаются в страхование (Страховщик по указанным обстоятельствам производит страховую выплату, при этом в Договоре страхования в графе «Особые условия» указываются события, включенные в страхование, а также в случае принятия Страховщиком решения о страховании лиц, осуществляющих деятельность, связанную с повышенной опасностью, в том числе предусмотренную подпунктами 3.4.1., 3.4.2., 3.4.5. настоящих Правил, страховая премия уплачивается ими в соответствии с установленными Страховщиком повышающими коэффициентами. При этом соответствующие события должны быть определено указаны в Договоре страхования.

#### **24. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ**

24.1. При наступлении событий, предусмотренных подпунктом 23.2.1. настоящих Правил, размер страховой выплаты определяется в определенном проценте от страховой суммы в соответствии с вариантом «Таблицы размеров страховых выплат» (Приложение № 5 к настоящим Правилам), указанным в графе «Особые условия» Договора страхования.

Для определения размера страховой выплаты применяется Таблица размеров страховых выплат «В», если иная «Таблица размером страховых выплат» прямо не указана в Договоре страхования.

24.2. При установлении Застрахованному группы (категории) инвалидности (подпункт 23.2.2. настоящих Правил) размер страховой выплаты определяется в следующих размерах от страховой суммы, если иное не предусмотрено Договором страхования:

- 100% при установлении I группы инвалидности;
- 80% при установлении II группы инвалидности;
- 60% при установлении III группы инвалидности;
- 100% при установлении категории «ребенок – инвалид».

24.3. В связи со смертью Застрахованного (п. 23.2.3. Правил), если иное не предусмотрено Договором страхования, размер страховой выплаты - 100% страховой суммы.

24.4. Общий размер страховых выплат по всем страховым случаям из раздела «Несчастный случай», включённых в ответственность по Договору страхования и происшедших с Застрахованным лицом, не может превышать размера страховой суммы, установленной для Застрахованного.

24.5. Если в результате последствий одного несчастного случая предусмотрена страховая выплата согласно пунктам 24.1.- 24.3. настоящих Правил Страховщик производит выплату в наибольшем размере. В случае, если ранее производились выплаты, Страховщик производит выплату за вычетом ранее произведенных выплат. По всем программам страхования, статьям и пунктам таблиц выплаты по последствиям одного несчастного случая не суммируются. Каждая последующая выплата осуществляется, если размер страховой выплаты согласно правилам страхования превышает предыдущую выплату, при этом выплата осуществляется только в размере разницы между большим размером страховой выплаты и уже осуществленной по данному несчастному случаю выплаты.

#### **25. СТРАХОВАЯ СУММА. ЛИМИТЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ СТРАХОВЩИКА**

25.1. Страховая сумма может устанавливаться как в целом, по всем рискам настоящего раздела, входящих в Программу страхования, так и отдельно по каждому риску или группе рисков, входящих в Программу страхования. Если в договоре не указано иное, то страховая сумма устанавливается в виде единой суммы для всех страховых рисков из раздела «Несчастный случай», включённых для Застрахованного в ответственность по Договору страхования.

25.2. В Договоре страхования по соглашению сторон могут быть установлены лимиты ответственности по страховым выплатам и/или франшиза по каждому страховому случаю для событий, указанных в пункте 23.2. настоящих Правил.

#### **26. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

26.1. Страхователь имеет право вносить предложения об изменении условий (положений) Договора страхования, в том числе касающихся Застрахованных и размеров страховых сумм, установленных им, в порядке, предусмотренным Правилами и законодательством РФ.

**26.2. Страхователь обязан:**

26.2.1. при наступлении события (событий) с Застрахованным из предусмотренных в п. 23.2. настоящих Правил, незамедлительно, с момента, когда ему стало известно о наступлении такого события, известить Страховщика любым доступным ему способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения. Обязанность Страхователя сообщить о факте наступления определенного события с Застрахованным может быть исполнена Выгодоприобретателем;

26.2.2. в период действия Договора страхования незамедлительно сообщать Страховщику обо всех изменениях в обстоятельствах, которые были сообщены при заключении Договора страхования и повлияли на определение степени вероятности наступления страхового случая (ответственности Страховщика), если эти изменения могут повлиять на увеличение вероятности наступления страхового случая (ответственности Страховщика);

26.2.3. исполнять положения Договора страхования и иных документов, закрепляющих Договорные правоотношения между Страхователем и Страховщиком, связанные с заключением, исполнением или прекращением этих правоотношений.

**26.3. Страховщик обязан:**

26.3.1. ознакомить Страхователя с условиями страхования;

26.3.2. давать разъяснения по всем вопросам, касающимся условий Договора страхования;

26.3.3. выдать Страхователю Договор страхования;

26.3.4. обеспечить конфиденциальность и безопасность персональных данных Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя), полученных от Страхователя при их обработке;

26.3.5. при наступлении страхового случая с Застрахованным после получения всех необходимых документов принять решение о страховой выплате или об отказе в страховой выплате в соответствии с п. 9.11. настоящих Правил.

**26.4. Страхователь (Застрахованный) имеет право:**

26.4.1. при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, требовать исполнения Страховщиком принятых обязательств по Договору страхования, заключенному в его пользу;

26.4.2. в случае смерти Страхователя - физического лица, ликвидации Страхователя - юридического лица в порядке, предусмотренном законодательством РФ, а также по соглашению между Страхователем и Страховщиком принять на себя выполнение обязанностей, предусмотренных в п.8.6. и п.8.8. настоящих Правил.

26.5. Права и обязанности Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) по Договору страхования не могут быть переданы кому бы то ни было без письменного согласия на это Страховщика.

**27. ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ ДЛЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**

27.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страховщику представляются Страхователем (Застрахованным), а в случае смерти Страхователя (Застрахованного) его Выгодоприобретателем, а если он не назначен, то наследником (наследниками) Страхователя (Застрахованного), оригиналы либо копии, заверенные нотариально или в установленном Законом порядке (платежные документы – только оригиналы), следующих документов:

а) письменное заявление о выплате по установленной форме с указанием достоверных обстоятельств, при которых произошло указанное в нем событие, а также полных банковских реквизитов и номера счета для перечисления страховой выплаты;

б) документ, удостоверяющий личность заявителя;

в) страховой Полис (Договор страхования);

г) медицинские документы, подтверждающие факт получения Застрахованным в период действия Договора страхования травмы и/или случайного острого отравления, обстоятельства их получения, полный диагноз, сроки лечения, лечебные и диагностические мероприятия;

д) первичные рентгенограммы, если травма сопровождалась костными повреждениями (вывихами, подвывихами, эпифизеолизами, переломами, отрывами костных фрагментов);

- е) документы компетентных органов о расследовании обстоятельств получения Застрахованным травмы, случайного острого отравления. Данные документы должны содержать информацию о фактах наступления страхового случая с Застрахованным и характер полученных им повреждений;
- ж) акт о несчастном случае на производстве или аналогичный документ, составляемый на территории страхования, представляется при необходимости, когда должна быть установлена связь заявленного случая с исполнением Застрахованным по Договору страхования служебных обязанностей;
- з) справка органа медико-социальной экспертизы (МСЭ) об установлении Застрахованному группы инвалидности – представляется в случае установления инвалидности;
- и) направление на медико-социальную экспертизу либо Протокол проведения медико-социальной экспертизы, либо обратный талон;
- к) свидетельство о смерти Застрахованного – представляется в случае смерти;
- л) медицинское свидетельство о смерти – представляется в случае смерти;
- м) результаты судебно-медицинского исследования (если производилось);
- н) протокол и заключение патолого-анатомического исследования (если проводилось);
- о) свидетельство о праве на наследство - представляется только наследником или наследниками Страхователя (Застрахованного);
- п) информация/документы о состоянии здоровья Застрахованного (выписной эпикриз при стационарном лечении и выписка из карты амбулаторного больного, информационное письмо от ТФОМС (территориального фонда обязательного медицинского страхования)/Страховой медицинской организации (организаций, если они менялись за последние три года), которую (-ые) Застрахованный выбрал для ОМС (обязательному медицинскому страхованию), о проведении лечения за последние 3 (три) года, заключение врача, эксперта или врачебной комиссии);
- р) листки нетрудоспособности или иной документ, подтверждающий факт и длительность временной нетрудоспособности Застрахованного (документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность сотрудников МВД и военнослужащих);
- с) свидетельство о праве на наследство;
- т) результаты проведенных исследований на состояние алкогольного, наркотического опьянения в случае травмы или ДТП, произошедшего при управлении Застрахованным любым транспортным средством;
- у) водительское удостоверение;
- ф) справка с места работы о том, что Застрахованный на момент наступления события работает.

27.2. Все представленные документы из лечебных учреждений или компетентных организаций должны быть представлены на соответствующем бланке и заверены подписью и соответствующей печатью, если документ составлен не на бланке, обязательным является штамп учреждения, выдавшего документ.

27.3. Днем страховой выплаты считается дата списания средств со счета Страховщика в банке. Перевод подлежащих выплате сумм осуществляется за счёт средств получателя страховой выплаты.

27.4. Страховая выплата может быть произведена:

27.4.1. Застрахованному;

27.4.2. Выгодоприобретателю, в случае смерти Застрахованного;

27.4.3. наследникам Застрахованного в случае если:

- Застрахованный умер, не получив причитающуюся ему в соответствии с пунктами 23.2.1., 23.2.2. настоящих Правил страховую выплату;
- Выгодоприобретатель умышленно лишил жизни Застрахованного или умышленно причинил ему телесные повреждения, повлекшие его смерть;
- Выгодоприобретатель не был назначен или умер ранее Застрахованного;
- до принятия решения о страховой выплате в один день наступила смерть Застрахованного и Выгодоприобретателя;

27.4.4. наследникам Выгодоприобретателя, если после смерти Застрахованного последовала смерть Выгодоприобретателя, который обратился за получением страховой выплаты, но не успел получить причитающуюся ему страховую выплату.

27.5. Страховая выплата производится лицу, имеющему право на ее получение по Договору страхования, независимо от сумм, причитающихся ему по другим Договорам страхования, а также по обязательному социальному страхованию, социальному обеспечению и в порядке возмещения вреда.

## 27.6. Программы страхования по разделу 4.

| <b>Коды программ страхования по страховым рискам раздела «Несчастный случай»</b>  | <b>Перечень страховых случаев в соответствии со следующими пунктами настоящих Правил</b> |
|---|--|
| N1  | 23.2.2., 23.2.3.   |
| N2  | 23.2.1.-23.2.3.  |
| N3 (для граждан имеющих группу инвалидности или категорию «ребёнок – инвалид», а также для граждан иностранных государств, не имеющих постоянную регистрацию на территории Российской Федерации или имеющих временную регистрацию на территории Российской Федерации) | 23.2.3.  |
| N4 (для граждан иностранных государств, не имеющих постоянную регистрацию на территории Российской Федерации или имеющих временную регистрацию на территории Российской Федерации)  | 23.2.1., 23.2.3  |

**ТАБЛИЦЫ РАЗМЕРОВ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ  
по риску, указанному в п. 23.2.1. раздела «Несчастный случай»****Приложение № 5.2.****ТАБЛИЦА РАЗМЕРОВ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ «В»  
(в % от страховой суммы)**

| Статья   | Характер повреждения  | Размер страховой выплаты % |
|--|---|----------------------------|
| <b>НЕРВНАЯ СИСТЕМА</b>   |   |                            |
| 1  | 1.1 Тяжелые травматические повреждения головного мозга:   |                            |
|  | а) тяжелая черепно-мозговая травма в сочетании с внутримозговым кровоизлиянием и с переломом одной кости мозгового черепа (S02.0 Перелом свода черепа, S02.1 Перелом основания черепа)  | 15                         |
|  | б) тяжелая черепно-мозговая травма в сочетании с внутримозговым кровоизлиянием и с переломом двух и более костей мозгового черепа (S02.0 Перелом свода черепа, S02.1 Перелом основания черепа):   | 30                         |
|  | в) установленное по прошествии 90 дней после наступления страхового случая повреждение нервной системы: травматическое, токсическое (вследствие отравления, гипоксическое (от удушья) в форме гемиплегии, параплегии или тетраплегии.   | 50                         |
|  | г) декорткация, децеребрация  | 100                        |
| 2  | 2.1 Тяжелое повреждение спинного мозга вследствие травмы на любом уровне или конского хвоста:   |                            |
|  | а) сдавление при сужении позвоночного канала более 10%, гематомиелия,   | 30                         |
|  | б) частичный разрыв   | 50                         |
|  | в) полный перерыв   | 100                        |
| 3  | 3.1 Травматический перерыв нервов и нервных сплетений (шейного, плечевого, поясничного, крестцового):   |                            |
|  | а) полный перерыв одного нерва: лучевого, локтевого или срединного на уровне лучезапястного сустава и предплечья, малоберцового, большеберцового нерва (независимо от уровня)   | 5                          |
|  | б) перерыв каждого последующего нерва из перечисленных в п. а) дополнительно  | 5                          |
|  | в) полный перерыв одного нерва: подкрыльцового (подмышечного), лучевого, локтевого или срединного на уровне локтевого сустава и плеча, седалищного, бедренного нерва (на любом уровне)  | 15                         |
|  | г) перерыв каждого последующего нерва из перечисленных в п. б) дополнительно  | 5                          |
|  | д) частичный разрыв одного сплетения  | 20                         |
|  | е) полный перерыв (разрыв) одного сплетения   | 50                         |
| <b>ОРГАНЫ ЗРЕНИЯ</b><br>(максимальное страховое обеспечение при повреждении одного глаза 50%, в т.ч., если глаз потерян, удален) |   |                            |
| 4  | 4.1 Тяжелая травма глазного яблока, сопровождающаяся разрывом оболочек с выпадением или потерей внутриглазной ткани, и/или сопровождающаяся полным отрывом зрительного или глазодвигательного нерва, Термические и химические ожоги, ведущие к разрыву и разрушению глазного яблока | 50                         |
| 5  | 5.1 Термические и химические ожоги, области глаза и его придаточного аппарата   | 10                         |

|  |  |    |
|--|--|----|
|  | (T26), ведущие к параличу аккомодации одного глаза, выпадению половины и более поля зрения (гемианопсии), пульсирующему экзофтальму одного глаза, перерыву мышц одного глазного яблока (в том числе, мышц век), (вызвавший: травматическое косоглазие и/или диплопию (двоение объектов), выраженный птоз (опущение верхнего века), исключающий в обычных условиях зрение в прямом направлении (диагностированные не позднее 6 месяцев после страхового события). |    |
| <b>ОРГАНЫ СЛУХА</b>                        |  |    |
| 6  | 6.1 Открытая рана уха (S01.3), повлекшая за собой потерю более, чем 1/2 части ушной раковины.  | 5  |
| 7  | 7.1 Повреждение в результате травмы среднего уха и/или слухового нерва с одной стороны, повлекшее за собой по истечении 3-х месяцев после травмы, в соответствии с заключением ЛОР-врача, полную глухоту (разговорная речь – 0 м.):  | 15 |
| <b>ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА</b>                 |  |    |
| 8  | 8.1 Травма грудной клетки и ее органов, сопровождавшаяся:  |    |
|  | а) травматический пневмоторакс (S27.0), травматический гемоторакс (S27.1), травматический гемопневмоторакс (S27.2), в том числе с повреждением легкого, подкожная эмфизема, экссудативный травматический плеврит с одной стороны   | 10 |
|  | б) удалением доли легкого (лобэктомией), части легкого (резекцию), если это было вызвано травмой   | 30 |
|  | в) удалением одного легкого (пульмонэктомией), в т.ч. с частью другого, если это вызвано травмой   | 60 |
| 9  | 9.1 Термические и химические ожоги дыхательных путей II-III степени тяжести (только при указании степени), ранения гортани и трахеи, перелом подъязычной кости, гортани, щитовидного хряща, трахеи, повлекшие за собой стойкую полную потерю голоса более трех месяцев или потребовавшие ношения трахеостомы более трех месяцев  | 20 |
| <b>СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА</b>         |  |    |
| 10   | 10.1 Травматическое повреждение сердца, его оболочек, аорты, легочной, безымянной, сонных артерий, внутренней яремной, верхней и нижней полых, воротной вен, их крупных ветвей:  |    |
|  | а) ранения сердца и указанных выше сосудов, не повлекшие за собой, а также повлекшие по истечении трех месяцев сердечно-сосудистую недостаточность I, I-II степени   | 20 |
|  | б) повлекшие за собой по истечении трех месяцев после травмы, по заключению специалиста, сердечно-сосудистую недостаточность II, III (II-III) степени  | 50 |
| <b>ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ</b>                  |  |    |
| 11   | 11.1 Потеря челюсти вследствие травмы:   |    |
|  | а) потеря части челюсти, требующая пластического восстановления челюсти [1]  | 20 |
|  | б) полная потеря челюсти   | 40 |
| 12   | 12.1 Потеря языка:   |    |
|  | а) отсутствие части языка от 2/3 до полного  | 40 |
| 13   | 13.1 Тяжелые последствия травматических поражений органов пищеварения, полученных в период действия договора страхования:  |    |
|  | а) рубцовое сужение (стриктура), деформация пищевода (K22.2), желудка (K31.2), кишечника (K56.5), заднепроходного отверстия (K62.4) - по истечении трех месяцев после травмы   | 10 |
|  | б) полная непроходимость пищевода при наличии гастростомы  | 35 |
|  | в) потеря селезенки  | 30 |
|  | г) потеря более 2/3 желудка, кишечника или печени  | 40 |
| <b>МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ И ПОЛОВАЯ СИСТЕМЫ</b> |  |    |
| 14   | 14.1 Травмы органов половой и мочевыделительной системы, сопровождавшиеся:   |    |
|  | а) потерей почки (если это не вызвано заболеванием, развившимся вне связи с травмой)   | 40 |

|                             |   |    |
|-----------------------------|---|----|
| 15                          | 15.1 Тяжелые осложнения и последствия травмы:   |    |
|                             | а) наличие мочеполовых свищей   | 40 |
| МЯГКИЕ ТКАНИ                |   |    |
| 16                          | 16.1 Ожоги термические или химические и отморожения кожных покровов:  |    |
|                             | а) ожоги или отморожения II-III степени площадью от 15% до 20 % поверхности тела  | 30 |
|                             | б) ожоги или отморожения II-III степени площадью более 20% поверхности тела   | 40 |
| 17                          | 17.1 Обширные ранения, разрывы кожных покровов и подлежащих им тканей площадью свыше 10% поверхности тела.  |    |
| 18                          | 18.1 ТРАВМАТИЧЕСКАЯ ПОТЕРЯ ОДНОГО ЗУБА  |    |
| ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНЫЙ АППАРАТ |   |    |
| 19                          | 19.1 Полные первичные разрывы мышц и сухожилий (за исключением «спонтанных»):   |    |
|                             | а) полный разрыв (полное повреждение) двух и более мышц (за исключением мышц, фиксирующих лопатку), двух и более сухожилий, исключая ахиллово   | 5  |
|                             | б) полный разрыв (полное повреждение) ахиллова сухожилия, разрыв мышц (мышцы), фиксирующих лопатку (“крыловидная лопатка”)  | 10 |
| 20                          | 20.1 Полные первичные разрывы двух и более связок, связок двух или более суставов, сочленений, с вывихом (подвывихом) (кроме «привычных» рецидивирующих) кости (костей), синдесмоза, полные вывихи:   |    |
|                             | а) в двух и более суставах кисти, стопы (включая суставы Лисфранка, Шопара), сочленениях ключицы  | 5  |
|                             | б) в голеностопном, плечевом, локтевом, лучезапястном суставах (в т.ч. в сочетании с суставами из пп. «а»)  | 10 |
|                             | в) в тазобедренном, коленном суставах (в т.ч. в сочетании с суставами из пп. «а», «б» данной статьи), разрыв трех и более сочленений таза   | 15 |
| 21                          | 21.1 Первичные травматические переломы (кроме повторных переломов, рефрактур, разрушения «перелома» металлоконструкции), перелома-вывихи  |    |
|                             | а) бедренной кости, плечевой кости, костей таза, позвоночника (однократно). Выплата производится однократно вне зависимости от количества переломов на одной конечности, одной половины тела (правой или левой).  | 25 |
|                             | б) костей предплечья, костей голени, костей запястья, пястных костей, костей предплюсны, костей плюсны, ребра, грудины. Выплата производится однократно вне зависимости от количества переломов на одной конечности, одной половины тела (правой или левой)                                       | 15 |
| 22                          | 22.1 Травматическая ампутация либо травма верхней конечности, повлекшая за собой ее ампутацию на определенном уровне:   |    |
|                             | а) на уровне основных фаланг и/или пястно-фаланговых суставов трех и более пальцев кисти  | 30 |
|                             | б) на уровне основных фаланг и/или пястно-фаланговых суставов пяти пальцев кисти, пястных костей, запястья, лучезапястного сустава  | 40 |
|                             | в) на уровне предплечья, локтевого сустава, плеча   | 50 |
|                             | г) на уровне лопатки, ключицы   | 70 |
|                             | 22.2 Травматическая ампутация либо травма нижней конечности, повлекшая за собой ее ампутацию на определенном уровне:  |    |
|                             | а) на уровне костей предплюсны, суставов Шопара, Лисфранка  | 25 |
|                             | б) на уровне таранной, пяточной костей, голеностопного сустава  | 30 |
|                             | в) на уровне голени, коленного сустава  | 40 |
|                             | г) на уровне бедра, тазобедренного сустава, таза  | 70 |
| 23                          | 23.1 Случайное острое отравление [2] (в т.ч. если оно наступило в результате укусов ядовитых животных, медуз, змей, множественных укусов пчел), механическая асфиксия (удушьё), поражение электротоком, атмосферным электричеством (молнией), столбняк, ботулизм при госпитализации более 14 дней |    |

*[1] за исключением альвеолярного отростка челюсти.*

*[2] к случайным острым отравлениям не относятся:*

*а) намеренное отравление химическими веществами (при намеренном употреблении, независимо от дозы), в т.ч. алкоголем, иными токсическими и наркотическими средствами;*

*б) аллергия, независимо от ее проявлений.*

*в) к случайным острым отравлениям не относятся случаи без клинического проявления заболевания, потребовавшие только профилактической вакцинации.*

Примечания:

1. За один процент поверхности тела принимается площадь ладонной поверхности кисти пострадавшего (включая первый палец) или площадь, равная 150 см<sup>2</sup>.

2. К ранениям и разрывам не относятся поверхностные повреждения кожных покровов (повреждения наружных слоев кожи) – ссадины, осаднения, царапины и т.п.

3. Удаление во время операции по поводу травмы болезненно измененного органа (в связи с его заболеванием, развившимся до травмы) к страховым случаям не относится.



**СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ**

Таблица 1. Базовые страховые тарифы

| <i>Тарифный класс</i>  | <i>Базовый страховой тариф<sup>1</sup>, в % от страховой суммы</i> |
|--|--|
| Медицинская и экстренная помощь (Раздел 2 Правил)                  | 0,0075   |
| Дожитие до события, связанного с отменой поездки (Раздел 3 Правил) | 1,9000   |
| Несчастный случай (Раздел 4 Правил)                                | 0,0110   |

*Примечание:*

Базовые тарифы рассчитаны в соответствии с Методикой расчета страховых тарифов исходя из нагрузки  $f = 79\%$ , при изменении нагрузки величина тарифов изменяется соответственно. При установлении нагрузки  $f_2$  тарифы получаются умножением базовой тарифной ставки на коэффициент  $k = (1 - f) / (1 - f_2)$ . Предельное значение нагрузки  $f_2$  определено в Структуре тарифных ставок.

Базовые страховые тарифы по страховым рискам из разделов «Медицинская и экстренная помощь», «Дожитие до события, связанного с отменой поездки» рассчитаны для базовых страховых сумм, определенных в Таблице 2. Если фактическая страховая сумма по договору отличается от базовой страховой суммы, Страховщик имеет право применять с учетом условий страхования поправочный коэффициент, учитывающий фактический размер страховой суммы, из диапазона 0,1–8,0 к базовым страховым тарифам из Таблицы 1.

Таблица 2. Базовые страховые суммы

| <i>Тарифный класс</i>                            | <i>Базовая страховая сумма, рублей</i> |
|--|--|
| Медицинская и экстренная помощь                  | 250 000                                |
| Дожитие до события, связанного с отменой поездки | 25 000                                 |

*Раздел «Медицинская и экстренная помощь»*

1. Базовый страховой тариф по разделу «Медицинская и экстренная помощь» рассчитан на 1 день пребывания Застрахованного на территории страхования при среднем сроке страхования 20 дней. Страховой тариф за весь срок поездки получается путем умножения базового страхового тарифа на количество дней нахождения Застрахованного на территории страхования, в течение которых действует страховая ответственность Страховщика. При установлении иного срока страхования Страховщик имеет право применить к базовому страховому тарифу коэффициент из диапазона 0,3–4,0 в зависимости от продолжительности периода ответственности.

2. Базовый страховой тариф по разделу «Медицинская и экстренная помощь» рассчитан с учетом определения страхового случая и возмещаемых расходов в соответствии с пп. 9.9, 13.1., 13.6. Правил. Если договором страхования установлен другой объем ответственности (в том числе компенсация отдельных видов расходов, распространение ответственности на случаи, перечисленные в п. 13.2., 13.3. Правил, не включая страховые случаи и расходы, связанные с расширениями «Спорт», «Хроническое заболевание», «Беременность», «Теракт», а также случаи, указанные в п. ы) п.13.2.) Правил (далее – «Употребление алкоголя»), к базовому страховому тарифу применяется поправочный коэффициент из диапазона 0,1–15,0. Применяются следующие поправочные коэффициенты:

- особое условие «Хроническое заболевание» (п. 3.4.3. Правил) – 1,0–15,0;
- особое условие «Беременность» (п. 3.4.4. Правил) – 1,0–15,0;
- особое условие «Теракт» (п. 3.4.6. Правил) – 1,0–3,0;

<sup>1</sup> Базовые страховые тарифы по рискам «Медицинская и экстренная помощь», «Несчастный случай» рассчитаны на один день пребывания на территории страхования, по риску «Дожитие до события, связанного с отменой поездки» на весь период страхования.

- для особых условий «Спорт», «Профессия» и «Употребление алкоголя» принцип применения поправочных коэффициентов указан в разделе «Прочие поправочные коэффициенты».

3. Базовый страховой тариф по разделу «Медицинская и экстренная помощь» рассчитан исходя из предположения, что в договоре в рамках страховой суммы по риску устанавливаются следующие лимиты возмещения по расходам (далее – «базовые лимиты возмещения»), в частности:

- 8% от страховой суммы – по расходам, связанным с организацией и проведением эвакуации из удаленных или труднодоступных мест (в горах, на море, в пустыне, в джунглях или других районах) (п. 13.6.2.1. Правил);

- 4 000 рублей в сутки – по расходам на проживание до отъезда (п. 13.6.4.3 а) Правил);

- 4 000 рублей в сутки – по расходам на визит третьего лица (13.6.4.4. г) Правил);

- 10% от страховой суммы – на любые расходы, связанные с организацией и проведением поисково-спасательных операций в удаленных или труднодоступных местах (в горах, на море, в пустыне, в джунглях или других районах) (п. 13.6.4.9. Правил).

При установлении иных лимитов возмещения, а также лимитов ответственности по отдельным категориям расходов к базовому тарифу по разделу «Медицинская и экстренная помощь» применяется поправочный коэффициент 0,3–4,0 с учетом соотношения фактических лимитов возмещения и страховой суммы (п. 14.2. Правил), а также соотношения фактических лимитов возмещения и базовых лимитов возмещения.

#### *Раздел «Дожитие до события, связанного с отменой поездки»*

1. Базовый страховой тариф по разделу «Дожитие до события, связанного с отменой поездки» рассчитан в предположении, что объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного, связанные с расходами, понесенными Застрахованным в связи с поездкой, осуществляемой в соответствии с туристским продуктом, предоставленным туроператором по договору о реализации туристского продукта. В иных случаях (в случае самостоятельно организованной поездки и т.п.) применяется поправочный коэффициент 1,0–5,0 в зависимости от программы страхования и иных факторов.

2. Базовый страховой тариф рассчитан с учетом определения страхового случая и страховых выплат в соответствии с п. 4.4., 18.1., 18.3. Правил. Если договором страхования установлен иной объем ответственности к базовому страховому тарифу применяется поправочный коэффициент из диапазона 0,1–9,0.

3. При установлении лимитов ответственности по отдельным категориям к базовому тарифу по риску «Дожитие до события, связанного с отменой поездки» применяется поправочный коэффициент 0,6–1,0 с учетом соотношения фактических лимитов и страховой суммы по риску (п. 19.3. Правил).

4. При распространении страховой ответственности на страхование лиц, не имеющих российского гражданства (п. 1.6. Правил), к базовому страховому тарифу может применяться поправочный коэффициент 1,0–5,0 с учетом увеличения степени страхового риска.

#### *Страховой риск «Несчастный случай»*

1. Базовый страховой тариф по разделу «Несчастный случай» рассчитан на 1 день пребывания Застрахованного на территории страхования при среднем сроке страхования 20 дней. Страховой тариф за весь срок поездки получается путем умножения базового страхового тарифа на количество дней нахождения Застрахованного на территории страхования, в течение которых действует страховое покрытие (ответственность Страховщика). При установлении иного срока страхования Страховщик имеет право применить к базовому страховому тарифу коэффициент из диапазона 0,3–2,5 в зависимости от продолжительности периода ответственности.

2. Базовый страховой тариф по разделу «Несчастный случай» рассчитан с учетом определения страхового случая в соответствии с пунктами 4.4., 23.1., 23.2. Правил. Если договором страхования установлен другой объем ответственности (в т.ч. распространение ответственности на случаи, перечисленные в п. 23.4. Правил, исключая страховые случаи и расходы, связанные с расширениями «Спорт» и «Употребление алкоголя»), к базовому страховому тарифу применяется поправочный коэффициент из диапазона 1,0–10,0. Принцип применения поправочных коэффициентов для особых условий «Спорт» и «Употребление алкоголя» указан в разделе «Прочие поправочные коэффициенты».

3. Базовый страховой тариф по разделу «Несчастный случай» рассчитан в предположении, что перечень страховых случаев соответствует подпунктам 23.2.1. (травма), 23.2.2. (инвалидность I, II, III группы

или категория «ребенок-инвалид»), 23.2.3. (смерть) Правил. Если страхование осуществляется не на полный перечень страховых случаев, предусмотренных в п. 23.2 Правил, к базовому страховому тарифу применяется понижающий коэффициент 0,1–1,0 в зависимости от состава исключаемых страховых рисков.

4. Базовый тариф рассчитан в предположении, что размер страховой выплаты определяется в определенном проценте от страховой суммы следующим образом:

- при травме – в соответствии с Таблицей размеров страховых выплат «В» (Приложение 5.2. к Правилам) (п. 24.1. Правил);
- при установлении инвалидности – в соответствии с п.24.2. Правил;
- в связи со смертью – 100% (п. 24.3. Правил).

В случае применения иных размеров выплат применяется поправочный коэффициент 0,2–5,0 в зависимости от степени изменения объема ответственности Страховщика.

5. При установлении лимитов ответственности по страховым выплатам (п. 25.2. Правил) применяется поправочный коэффициент 0,6–1,0 с учетом соотношения установленных лимитов возмещения и страховой суммы по риску.

6. В зависимости от срока страхования к базовой тарифной ставке может применяться поправочный коэффициент в диапазоне от 0,2 до 5 (п. 5.7. Правил).

*Прочие поправочные коэффициенты:*

1. Базовые тарифы рассчитаны на единовременную уплату страховой премии (п. 4.3.2. Правил). При уплате страховой премии в рассрочку применяется повышающий коэффициент 1,0–1,2, зависящий от количества и сроков платежей.

2. При страховании с применением франшизы (безусловной) устанавливается понижающий коэффициент 0,4–1,0, зависящий от размера франшизы.

3. При заключении договора страхования с условием многократных поездок Страховщиком может применяться поправочный коэффициент 0,2–6,0 с учетом ожидаемой интенсивности поездок в течение срока действия договора, территории страхования, страхового риска, объема страховой защиты и т.п.

4. Также Страховщик имеет право применять следующие поправочные коэффициенты к соответствующим базовым тарифам с учётом условий и обстоятельств, влияющих на вероятность наступления страхового случая и величину возможного ущерба:

- особенности территории страхования (в том числе при распространении страховой защиты на территории, указанные в п.5.2. Правил), территорий через которые проходит маршрут поездки, условия проживания Застрахованного в период страхования – 0,3–10,0;
- количество Застрахованных по одному договору – 0,3–1,0;
- особенности заключения договоров страхования (через турагентства, онлайн-продажи и т.д.) – 0,2–3,0;
- пол, возраст Застрахованного – 0,6–30,0;
- состояние здоровья Застрахованного (в том числе при страховании лиц, перечисленных в п. 23.3. Правил) – 0,5–10,0;
- любительские занятия спортом или тип спортивных состязаний, в которых предполагается участие Застрахованного, а также активные виды отдыха, которыми Застрахованный планирует заниматься (в том числе и при включении в договор страхования условия «Спорт», п. 3.4.1. Правил) в зависимости от категории активных видов деятельности, видов спорта, видов организации спортивных мероприятий, от уровня и интенсивности занятий – 1,0–10,0;
- распространение ответственности Страховщика на случаи, указанные в пп. 3.4.5. Правил («Употребление алкоголя») – 1,0–12,0;
- специфика, связанная с сезонными колебаниями риска – 0,5–5,0;
- цель поездки, характер, интенсивность и условия работы Застрахованного, если Застрахованный выезжает в поездку для работы по найму – 1,0–7,0;
- комплексное страхование всех рисков, а также иные факторы страхового риска и индивидуальные условия договора – 0,2–10,0.
- наличие в договоре особого условия «Теракт» (п. 3.4.6. Правил) – 1,0–5,0;
- тип и величина франшизы - 0,1 - 1,0;

- условия по возврату страховой премии иные, чем оговорены в п. 7.2. Правил – 1,0 – 5,0.

5. При заключении договоров страхования со Страхователями — физическими лицами, к базовой тарифной ставке могут применяться следующие поправочные коэффициенты:

- В зависимости от истории страхования у Страховщика — 0,9 – 10,0;
- В случае комплексного страхования — 0,8 - 1,0.
- При заключении агентских договоров с физическими и юридическими лицами, в зависимости от количества привлеченных клиентов, к базовой тарифной ставке может применяться поправочный коэффициент в диапазоне от 0,1 до 5.
- При заключении договоров страхования со Страхователями — юридическими лицами, имеющими договоры со Страховщиком, к базовой тарифной ставке может применяться поправочный коэффициент в диапазоне 0,2 до 0,99.
- В зависимости от сложившейся убыточности по портфелю и / или по отдельным сегментам портфеля за предыдущий период страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0,1 до 5,0.

6. В зависимости от экспертно определенной величины страхового риска, определенной на основании совокупности данных, представленных в заявлении на страхование, отчетах об оценке, страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0,2 до 5.

7. В случае если результирующая тарифная ставка превышает 100%, то считается, что страховой риск не обладает признаками случайности его наступления и договор страхования в отношении данного риска не заключается.