

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «ТИТ»**



УТВЕРЖДЕНЫ

приказом
от 29 апреля 2013г. № 116

Генеральный директор

_____ И.Э. Чаус

**СТАНДАРТНЫЕ ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ
МЕДИЦИНСКИХ И МЕДИКО-ТРАНСПОРТНЫХ
РАСХОДОВ ГРАЖДАН,
ПУТЕШЕСТВУЮЩИХ ПО РОССИИ**

1. Субъекты страхования
 2. Основные понятия
 3. Объект страхования
 4. Страховой риск. Страховой случай. Объем ответственности Страховщика
(Расходы, возмещаемые страховщиком)
 5. Расходы, не возмещаемые страховщиком
 6. Страховая сумма, лимит возмещения, франшиза
 7. Страховая премия.
 8. Срок действия договора страхования
 9. Договор страхования: заключение, изменение и прекращение
 10. Права и обязанности сторон
 11. Действия сторон при наступлении страхового случая. Порядок осуществления
страховой выплаты
 12. Порядок разрешения споров
- Приложения 1-6

г. Москва

1. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. На основании настоящих Правил и действующего законодательства Российской Федерации ООО «Страховая компания «ТИТ» (далее – «*Страховщик*») заключает с юридическими и дееспособными физическими лицами (далее – «*Страхователи*»), далее - вместе и по отдельности именуемыми «*Стороны*», договоры страхования имущественных интересов граждан, выезжающих за пределы 90 километровой зоны от административных границ населенного пункта, являющегося местом постоянного жительства или временной (постоянной) регистрации для путешествий по территории РФ.

1.2. Страхователи вправе заключать договоры страхования в пользу третьих лиц (далее - Застрахованные лица). В случае если Страхователь - физическое лицо заключил договор страхования своих имущественных интересов, то он является также Застрахованным лицом.

1.2.1. Страхователи – юридические лица заключают со Страховщиком договоры страхования третьих лиц в пользу последних – Застрахованных лиц.

1.3. Страхователь, заключая Договор страхования в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ «О персональных данных» выражает свое согласие Страховщику на обработку, хранение и иное использование персональных данных для исполнения обязательств по настоящему договору страхования (страховому полису) Страховщиком и его представителями.

1.4. Застрахованным лицом является названное в Договоре страхования физическое лицо, путешествующее по России, в пользу которого заключается Договор страхования на случай наступления определенного Договором страхования события (страхового случая).

2. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ

2.1. Основные термины и понятия, используемые в настоящих Правилах:

Врач – специалист с законченным и должным образом зарегистрированным медицинским образованием, не являющийся родственником Страхователя (Застрахованного лица) и действующий на основании лицензии (разрешения) на осуществление медицинской деятельности.

Медицинские расходы – расходы на оказание неотложных медицинских услуг по назначению врача в случае внезапного заболевания или несчастного случая с Застрахованным лицом (п.п. 4.3.1, 4.3.2 настоящих Правил).

Медико-транспортные расходы – расходы по медицинской транспортировке в медицинское учреждение или в место постоянного проживания Застрахованного лица (п. 4.3.3 настоящих Правил), а также расходы по посмертной репатриации Застрахованного лица (п. 4.3.4 настоящих Правил).

Внезапное заболевание – неожиданно возникшее во время поездки Застрахованного лица в течение срока страхования на территории действия договора страхования острое заболевание, требующее неотложного медицинского вмешательства, или обострение хронического заболевания, требующее неотложного медицинского вмешательства и угрожающее жизни Застрахованного лица.

Несчастный случай - внезапное, непредвиденное, непреднамеренное, кратковременное внешнее событие, характер, время и место которого могут быть однозначно определены и которое повлекло за собой телесное повреждение или иное нарушение функций организма или смерть Застрахованного лица, не являющееся следствием заболевания, произошедшее в период действия договора страхования независимо от воли Застрахованного лица и/или Страхователя. Не являются несчастным случаем внезапные заболевания или их осложнения (как ранее диагностированные, так и ранее выявленные), спровоцированные воздействием внешних факторов.

Постоянное место жительства – территория административных границ постоянного места жительства или временной (постоянной) регистрации

Рецепт – письменное предписание врача по употреблению медицинских препаратов.

Сервисная компания – специализированная организация, указанная в договоре страхования (страховом полисе), которая по поручению Страховщика круглосуточно обеспечивает организацию услуг, возмещение расходов на которые предусмотрено настоящими Правилами.

Страховой риск - предполагаемое событие, обладающее признаками вероятности и случайности его наступления, на случай наступления которого проводится страхование.

Страховой случай - совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность страховщика произвести страховую выплату.

Территория страхования – территория РФ, за исключением территории в пределах 90 км от административных границ постоянного места жительства или временной (постоянной) регистрации Страхователя (Застрахованного),

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования, предусмотренные настоящими Правилами, являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного лица, совершающего поездку (кроме совершения поездок с целью смены постоянного места жительства), связанные с непредвиденными медицинскими, медико-транспортными расходами при внезапном заболевании или несчастном случае с Застрахованным лицом во время поездки.

4. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ. ОБЪЕМ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ (РАСХОДЫ, ВОЗМЕЩАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ)

4.1. Страховая выплата производится Страховщиком при наступлении страховых случаев, предусмотренных договором страхования, в пределах страховых сумм, указанных в договоре страхования, а также, если предусмотрено в договоре, - в пределах лимитов возмещения по отдельным рискам, указанным в договоре страхования (страховом полисе).

4.2. Согласно настоящим Правилам страховым случаем является возникновение необходимости осуществления расходов, предусмотренных п. 4.3 настоящих Правил и не исключенных Разделом 5 настоящих Правил, связанных с внезапным заболеванием или несчастным случаем, произошедшими с Застрахованным лицом в период совершения поездки в течение срока страхования.

4.3. При наступлении в период Поездки событий, перечисленных в п. 4.2 настоящих Правил Страховщик возмещает:

4.3.1. Медицинские расходы по амбулаторному и/или по стационарному лечению:

4.3.1.1. расходы на амбулаторное лечение, включая расходы на медицинские услуги, назначенные лечащим врачом диагностические исследования с последующим назначением лечения, назначенные врачом медикаменты, перевязочные средства и средства фиксации (гипс, бандаж), средства помощи при ходьбе (трость, костыли),

4.3.1.2. расходы на пребывание и лечение в стационаре, включая расходы на медицинские услуги, на проведение операций, неотложных диагностических исследований с последующим назначением лечения, а также по оплате назначенных лечащим врачом медикаментов, перевязочных средств и средств фиксации (гипс, бандаж), средства помощи при ходьбе (трость, костыли);

4.3.2. Расходы на экстренную стоматологическую помощь при возникновении острой боли или при несчастном случае, а именно:

4.3.2.1. расходы, связанные с болеутоляющим лечением или удалением зуба в результате несчастного случая, при остром воспалении зуба, а также окружающих зуб тканей;

4.3.2.2. Расходы на экстренную стоматологическую помощь возмещаются в пределах 200 евро;

4.3.3. Расходы по медицинской транспортировке:

4.3.3.1. расходы на транспортировку Застрахованного лица на машине скорой помощи или каким-либо другим транспортом в соответствующий медицинский центр, либо из одной клиники в другую (включая необходимое медицинское сопровождение), если это требуется по состоянию его здоровья;

4.3.3.2. расходы на медицинскую репатриацию - экстренную медицинскую транспортировку Застрахованного лица адекватным транспортным средством, включая расходы на сопровождение медицинским персоналом (если такое сопровождение предписано лечащим врачом) из места отдыха (путешествия) до ближайшего к его постоянному месту жительства медицинского учреждения при условии отсутствия на территории страхования возможностей для предоставления требуемой медицинской помощи, а также в случае, когда лечение может быть осуществлено или продолжено в месте постоянного проживания. Медицинская репатриация проводится только при отсутствии медицинских противопоказаний.

При осуществлении медицинской репатриации Сервисная компания (или Страховщик) вправе использовать обратный билет Застрахованного лица по своему усмотрению (в том числе, сдать его в транспортную организацию, обменять и т.п.). При этом Застрахованное лицо не должно препятствовать Сервисной компании (или Страховщику) в осуществлении данного права.

4.3.3.3. Расходы, указанные в п. 4.3.3.2 настоящих Правил, осуществляются исключительно Сервисной компанией или по согласованию с ней или Страховщиком, и только в тех случаях, когда ее необходимость подтверждается заключением лечащего врача, врача-эксперта Страховщика и/или врача Сервисной компании на основании документов от лечащего врача и при условии отсутствия медицинских противопоказаний.

Расходы на медицинскую транспортировку оплачиваются также в случае, если она была осуществлена машиной скорой помощи при спасении жизни Застрахованного лица в ситуации, когда состояние здоровья Застрахованного лица не позволяло ему самостоятельно предварительно связаться с Сервисной компанией.

Решение о возможности, целесообразности и условиях транспортировки Застрахованного лица принимается по согласованию с Сервисной компанией или Страховщиком, с учетом рекомендаций лечащего врача.

В случае отказа Застрахованного лица от возвращения к постоянному месту жительства в сроки и на условиях, определенных Страховщиком или Сервисной компанией, продолжение лечения в месте поездки или самостоятельное возвращение Застрахованного лица к месту жительства осуществляются за счет средств Страхователя (Застрахованного лица) и Страховщиком не возмещается, дальнейшее лечение в месте отдыха не оплачивается.

4.3.4. Расходы на репатриацию тела в случае смерти Застрахованного лица:

4.3.4.1. Расходы на репатриацию тела Застрахованного лица, смерть которого наступила в результате внезапного заболевания или несчастного случая в течение срока страхования на территории страхования, до морга ближайшего к его постоянному месту жительства. Данные расходы включают в себя оплату организации репатриации тела, необходимую подготовку тела, покупку необходимого для перевозки гроба, перевозку останков. Репатриация тела осуществляется в соответствии с международными стандартами. Расходы по организации похорон и погребению не возмещаются.

При этом репатриация тела организуется только Сервисной компанией и/или по согласованию с Сервисной компанией или Страховщиком.

4.4. Если это особо оговорено договором страхования, действие договора страхования может быть расширено при уплате дополнительной страховой премии на случай возникновения медицинских, медико-транспортных расходов в результате причинения вреда жизни и здоровью Застрахованного лица при следующих обстоятельствах :

4.4.1. **"Активный отдых"** – способ проведения свободного времени в поездке с участием в спортивных развлечениях (за исключением занятий спортом, указанных в п.п. 4.4.2, 4.4.3 настоящих Правил): катание на водных мотоциклах, развлечения на воде с использованием буксируемых надувных средств и парашютов, поездки на мопедах, мотороллерах и квадроциклах, рафтинг, пляжный волейбол, катание на лыжах (кроме горных), коньках, поездки на снегоходах, спуск в пещеры с экскурсией, велосипедные прогулки (кроме маунтинбайка), теннис, гольф, катание на роликах, бег трусцой, катание на животных (лошади, верблюды, слоны), (кроме паркура, конных походов, рыбалка, охота, скейтбординг, кайтинг, тарзанка, каякинг, треккинг и т.п.);

4.4.2. **"Спорт"** – способ проведения времени, указанный в п. 4.4.1 ("Активный отдых"), а также осуществление в поездке занятий следующими видами спорта: авто– или мотоспортом, альпинизмом, боевыми видами спорта, спелеологией, спортивным туризмом, подводным плаванием, серфингом, виндсерфингом, водными лыжами, маунтинбайком, зимними видами спорта (горнолыжным спортом, сноубордингом, санным спортом и др.), воздушным спортом (парашютизмом, дельтапланеризмом и др.), полетами на любом летательном аппарате, кроме полетов в качестве пассажира на самолете гражданской авиации в соответствии с приобретенным билетом, катанием на скутерах, мотоциклах, мопедах, и иных подобных транспортных средствах, конным спортом.

4.4.3. **"Профессиональный и любительский спорт"** – занятия деятельностью, предусматривающей участие Застрахованного лица в тренировках и соревнованиях.

4.4.4. **"Профессиональная деятельность"** – осуществление поездки с целью осуществления профессиональной деятельности.

5. РАСХОДЫ, НЕ ВОЗМЕЩАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ

5.1. По настоящим Правилам не являются страховым случаем и не возмещаются Страховщиком:

5.1.1. Расходы в связи с обострением или осложнением заболеваний, известных Застрахованному лицу к моменту заключения договора страхования, с несчастными случаями, произошедшими с Застрахованным лицом до начала поездки. При этом Страховщик возмещает только расходы на оказание неотложной медицинской помощи, необходимой для предотвращения непосредственной угрозы жизни Застрахованного лица и/или расходы, связанные с купированием острой боли, а также расходы на посмертную репатриацию тела Застрахованного лица в случае его смерти.

5.1.2. Расходы на оказание стоматологической помощи, за исключением экстренной стоматологической помощи (п. 4.3.2 настоящих Правил) в пределах установленного Страховщиком лимита возмещения;

5.1.3. Расходы, связанные с лечением туберкулеза, саркоидоза, муковисцидоза независимо от клинической формы и стадии процесса, с момента постановки соответствующего диагноза;

5.1.4. Расходы, понесенные в связи с ухудшением состояния здоровья или смертью Застрахованного лица при совершении Застрахованным лицом поездки, несмотря на наличие прямых медицинских противопоказаний;

5.1.5. Расходы на оплату курса лечения, начатого до начала срока страхования и продолжающегося в поездке, а также расходы на оплату лечения, которое может быть, с

медицинской точки зрения, осуществлено после возвращения Застрахованного лица в страну постоянного проживания;

5.1.6. Расходы на лечение судорожных состояний (кроме посттравматических состояний, последствий высокой температуры у Застрахованного лица), психических заболеваний, неврозов (панические атаки, депрессии, истерические синдромы и т.п.), демиелизирующих заболеваний нервной системы, а также расходы на купирование и лечение их осложнений и любых других последствий (травмы, заболевания или смерть), вызванных этими состояниями;

5.1.7. Расходы, связанные с оказанием медицинской помощи при заболевании эпилепсией, а также расходы на лечение осложнений и любых других последствий (травмы, заболевания или смерть), вызванных этим состоянием, за исключением купирования эпилептического припадка;

5.1.8. Расходы, связанные с онкологическими заболеваниями и доброкачественными новообразованиями, в том числе гемобластозами, и их осложнениями, с момента установления диагноза. До установления диагноза оплачиваются в пределах установленного Страховщиком лимита возмещения расходы за оказание неотложной медицинской помощи, необходимой для предотвращения непосредственной угрозы жизни Застрахованного лица и/или связанной с купированием острой боли. Расходы в отношении любой эвакуации и/или репатриации в результате онкологических заболеваний не возмещаются.

5.1.9. Медицинские и медико-транспортные расходы в случае беременности с момента ее установления, осложнений беременности, расходы на родовспоможение, прерывание беременности, за исключением тех случаев, когда преждевременные роды или прерывание беременности явились следствием несчастного случая, при этом расходы возмещаются в пределах установленного Страховщиком лимита. В любом случае Страховщик не возмещает расходы, возникшие в связи с наблюдением, лечением, транспортировкой, эвакуацией и репатриацией новорожденного ребенка Застрахованного лица;

5.1.10. Расходы на искусственное оплодотворение, лечение бесплодия, предупреждение зачатия;

5.1.11. Расходы на диагностику и лечение заболеваний, передающихся половым путем, урогенитальных инфекций, СПИД (ВИЧ-инфицированием), любых форм гепатита;

5.1.12. Расходы, связанные с косметической или пластической хирургией, проводимой с эстетической или косметической целью или с целью улучшения психологического или физического состояния Застрахованного лица, в том числе по поводу заболевания кожи (мозоли, папилломы, бородавки и невусы, кондиломы), а также расходы на проведение не носящих экстренного характера пластических операций для устранения последствий несчастного случая;

5.1.13. Расходы вследствие преднамеренного (планового) лечения во время путешествия. При этом Страховщик не возмещает расходы на лечение, которое является целью поездки, а также расходы, вызванные ухудшением состояния здоровья или смертью Застрахованного лица в связи с этим лечением;

5.1.14. Расходы, связанные с лечением от алкоголизма, наркомании и прочих злоупотреблений/зависимостей или другого состояния, связанного с привыканием или с лечением болезненных состояний, вызванных приемом наркотических, токсических веществ, алкогольных напитков;

5.1.15. Расходы, понесенные в связи с вредом здоровью Застрахованного лица при совершении им преступных действий, а также во время его участия в политических демонстрациях, забастовках или военных действиях;

5.1.16. Расходы, понесенные в связи с вредом здоровью и жизнью Застрахованного лица (включая травмы и их последствия) при его нахождении в состоянии алкогольного, наркотического и/или токсического опьянения; под воздействием сильнодействующих

веществ, за исключением случайного острого отравления некачественными алкогольными напитками;

5.1.17. Расходы в связи с самоубийством или покушением на самоубийство, членовредительством Застрахованного лица;

5.1.18. Расходы в связи с несчастным случаем, произошедшим с Застрахованным лицом в результате дорожно-транспортного происшествия, в том числе, при использовании автомобиля, велосипеда, мотоцикла, mopeda, гидро- и квадро-цикла, мотовездехода, снегохода, катера, моторной лодки и т.п., если:

а) Застрахованное лицо управляло транспортным средством, не имея соответствующих водительских прав, или находилось в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием наркотиков или токсического опьянения.

б) Застрахованное лицо передало управление транспортным средством лицу, не имеющему соответствующих водительских прав.

в) Застрахованное лицо находилось в транспортном средстве (в качестве пассажира), управление которым осуществляло лицо, находящееся в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием наркотиков или токсического опьянения, кроме общественного транспорта и такси.

г) Застрахованное лицо пренебрегло и не воспользовалось средствами безопасности (защиты) как вместе, так и по отдельности, такими, как: ремень безопасности, шлем, каска, спасательный жилет, а также иные средства безопасности, предусмотренные правилами эксплуатации транспортного средства.

5.1.19. Расходы, понесенные в связи с вредом здоровью Застрахованного лица вследствие принятия им лекарственных средств без назначения врача.

5.1.20. Расходы, связанные с лечением с использованием методов мануальной терапии, рефлексотерапии (проведение акупунктуры), хиропрактики, массажа, гомеопатии, фито- и натуротерапии, физиотерапии и т.п., расходы, связанные с обследованием и лечением заболеваний научно не признанными методами, а также расходы на приобретение не сертифицированных лекарственных препаратов, лекарственных препаратов, состав которых скрывается составителем, а также расходы, связанные с приобретением пищевых продуктов, укрепляющих средств, средств для похудения, слабительных (кроме назначенных врачом), косметических средств, минеральной воды и добавок к воде в ванне.

5.1.21. Расходы, связанные с операциями на сердце и сосудах, в том числе на ангиографию, ангиопластику и шунтирование, а также стентирование сосудов.

5.1.22. Расходы, связанные с лечением заболеваний, сопровождающихся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующие проведения гемодиализа.

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

5.1.24. Расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, за исключением случаев, когда данные исследования необходимы по экстренным медицинским показаниям и проводятся для диагностики степени тяжести травм и заболеваний, либо в связи с оперативным вмешательством.

5.1.25. Расходы, связанные с проведением восстановительной хирургии и всякого рода протезирования, включая зубное, глазное и другое протезирование.

5.1.26. Расходы, связанные с приобретением очков, контактных линз, слуховых аппаратов, протезов.

5.1.27. Расходы на покупку и ремонт технических средств медицинской помощи (ортопедических аппаратов, инвалидных колясок и т.п.).

5.1.28. Расходы, связанные с нарушением Застрахованным лицом правил профилактики заболеваний, эндемичных для места временного пребывания, а также медицинские и медико-транспортные расходы в связи с особо опасными инфекциями (натуральная оспа, чума, сибирская язва, холера, сыпной тиф, туберкулёз и т.п.) при нарушении требований введённых карантинных мероприятий.

5.1.29. Расходы по проведению профилактических мероприятий, общих медицинских осмотров и профилактических прививок.

5.1.30. Расходы на проведение санаторно-курортного и/или реабилитационно-восстановительного лечения (включая восстановительную физиотерапию) в связи с несчастным случаем или внезапным заболеванием, произошедшим во время пребывания Застрахованного лица в поездке.

5.1.31. Расходы, связанные с лечением травм, заболеваний, вызванных прямым или косвенным воздействием излучения любого рода, в том числе солнечного воздействия (солнечного удара, воздействия ультрафиолетового излучения, приведшего к ожогам, фотодерматитам и иным подобным повреждениям кожного покрова и др.).

5.1.32. Расходы на предоставление во время лечения дополнительного комфорта: услуг массажиста, косметолога, переводчика, персональной сиделки, дополнительное питание, дополнительные средства телекоммуникации, пребывание в палате повышенного комфорта/улучшенной категории обслуживания.

5.1.33. Расходы по стационарному лечению, медико-транспортные, транспортные расходы, расходы по посмертной репатриации, не согласованные Застрахованным лицом (или его представителем) с Сервисной компанией, в случае если обращение в Сервисную компанию по условиям договора является обязательным. Если Страховщик сочтет причины не обращения Застрахованного лица (или его представителя) в Сервисную компанию уважительными, он вправе принять решение о возмещении Застрахованному лицу (или Выгодоприобретателю) указанных расходов частично или в полном объеме.

5.2. По договорам (полисам) страхования, в которых не предусмотрено условие "Активный отдых", "Спорт", "Профессиональный и любительский спорт", "Профессиональная деятельность" не являются страховыми случаями и не возмещаются медицинские и медико-транспортные расходы в связи с причинением вреда жизни и здоровью Застрахованного лица при обстоятельствах, указанных соответственно в п.п. 4.4.1, 4.4.2, 4.4.3, 4.4.4 настоящих Правил.

5.3. Страховщик также не признает страховым случаем и не возмещает:

5.3.1. Расходы, возникшие в результате добровольного отказа Застрахованного лица от выполнения предписаний лечащего врача, полученных им в связи с обращением по поводу несчастного случая, внезапного заболевания;

5.3.2. Медико-транспортные расходы в случае, если медицинская транспортировка или репатриация не организована или не согласована Сервисной компанией или Страховщиком;

5.3.3. Расходы, возникшие в результате добровольного отказа Застрахованного лица от репатриации к месту постоянного проживания.

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

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

- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- военных действий, а также манёвров или иных военных мероприятий;
- гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

6. СТРАХОВАЯ СУММА, ЛИМИТ ВОЗМЕЩЕНИЯ, ФРАНШИЗА

6.1. Страховой суммой является определенная договором страхования денежная сумма, исходя из которой устанавливаются размеры страховой премии и страховой выплаты.

6.2. В договоре страхования также могут устанавливаться лимиты возмещения – максимальные размеры страховой выплаты по определенному виду расходов (в частности, расходов на оказание экстренной стоматологической помощи, расходов на оказание неотложной медицинской помощи при онкологических заболеваниях, при беременности и др.).

6.3. Если медицинские и медико-транспортные расходы превышают страховую сумму (или лимит возмещения по соответствующим расходам), то в части такого превышения данные расходы несет Страхователь (Застрахованное лицо).

6.4. В договоре страхования может быть предусмотрена франшиза – невозмещаемая часть убытка (т.е. медицинских и медико-транспортных расходов).

При установлении условной франшизы Страховщик не производит страховую выплату, если ее размер не превышает сумму франшизы, но производит страховую выплату в полном объеме, если ее размер превышает сумму франшизы. При установлении безусловной франшизы ее размер всегда вычитается из страховой выплаты.

Франшиза может быть предусмотрена как в целом по договору страхования, так и по отдельным видам расходов.

6.5. Страховые суммы, лимиты возмещения, франшизы указываются в российских рублях. По соглашению сторон в договоре страхования страховые суммы, лимиты ответственности, франшизы могут быть указаны в рублевом эквиваленте определенной суммы в иностранной валюте.

7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

7.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить в порядке и в сроки, которые установлены настоящими Правилами или договором страхования.

7.2. Страховая премия исчисляется, исходя из размера страховой суммы, с применением тарифных ставок и поправочных коэффициентов, учитывающих конкретные условия страхования, степень и факторы риска.

Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам повышающие или понижающие коэффициенты, исходя из обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска. Вопрос о применении к базовым тарифным ставкам повышающих или понижающих коэффициентов решается Страховщиком самостоятельно и индивидуально в каждом случае.

7.3. Страховая премия подлежит уплате единовременным платежом при заключении договора страхования, если в договоре страхования не установлены иные порядок и сроки уплаты страховой премии. Уплата страховой премии может производиться наличным деньгами или по безналичному расчету.

7.4. При уплате страховой премии безналичным путем днем ее уплаты считается день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика. При уплате страховой премии наличным путем днем ее уплаты страховой премии считается день уплаты страховой премии в кассу Страховщика или его представителю.

7.5. Последствия несвоевременной и (или) неполной оплаты страховой премии: если к предусмотренному в договоре страхования сроку страховая премия не уплачена, договор страхования считается не вступившим в силу, и никакие обязательства по нему у Страховщика не возникают.

7.6. По письменному поручению Страхователя страховую премию может уплатить любое другое лицо, при этом никаких прав по договору страхования оно не приобретает. О данном поручении Страхователь обязан поставить в известность Страховщика, направив документальное подтверждение оснований для такой оплаты. Страхователь несет ответственность за действия такого лица.

7.7. Страховая премия устанавливается в российских рублях. По соглашению сторон в договоре страхования страховая премия может быть указана рублевым эквиваленте иностранной валюты.

При страховании с валютным эквивалентом, страховая премия уплачивается в рублях по курсу Банка России, установленному для иностранной валюты на дату уплаты (перечисления).

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Срок действия договора страхования устанавливается по соглашению Страховщика и Страхователя.

8.2. Договор страхования вступает в силу не ранее уплаты Страхователем страховой премии.

8.2.1. При условии своевременной уплаты Страхователем страховой премии страхование начинается с момента пересечения Застрахованным лицом административных границ места постоянного проживания или временной регистрации и заканчивается в момент обратного пересечения административных границ места постоянного проживания (временной регистрации) при возвращении из-за границы, но не позднее 24 часов дня, указанного в полисе как дата его окончания.

8.2.2. Договором страхования может быть предусмотрено, что страхование распространяется только на страховые случаи, произошедшие в течение ограниченного количества дней ("срока страхования") внутри срока действия договора страхования. Если такое ограничение не установлено в договоре страхования, то сроком страхования является весь срок действия договора страхования. Страховые выплаты производятся только по тем страховым случаям, которые наступили в течение срока страхования.

8.2.3. Если внезапное заболевание или несчастный случай произошли в течение срока страхования, но на дату его окончания состояние здоровья Застрахованного лица не позволяет произвести его возвращение к постоянному месту жительства, то обязательство Страховщика по оплате медицинских и медико-транспортных услуг в связи с данным случаем продолжается до тех пор, пока состояние здоровья Застрахованного лица по заключению врача не позволит произвести его репатриацию. При этом сумма страховых выплат не может превысить страховую сумму, указанную в договоре страхования.

9. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ: ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ

9.1. Договор страхования является соглашением между Страховщиком и Страхователем, в силу которого Страховщик обязуется при наступлении страхового случая произвести страховую выплату, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в установленные договором страхования сроки и размере.

9.2. Для заключения договора страхования Страхователь в письменной или устной форме заявляет Страховщику о своем намерении заключить договор страхования. При этом Страхователь сообщает Страховщику информацию о Застрахованных лицах и об условиях совершения поездки, позволяющую судить о степени риска.

Страховщик может затребовать от Страхователя дополнительные документы и сведения, характеризующие степень риска.

9.3. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных

законодательством Российской Федерации, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

9.4. Договор страхования заключается в письменной форме в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации (договор страхования или полис). При заключении коллективного договора страхования Страховщик до начала поездки выдает страховые полисы для каждого Застрахованного лица или на группу лиц. К страховому полису на группу лиц может быть приложен Список Застрахованных лиц.

По настоящим Правилам в соответствии со статьей 160 Гражданского Кодекса Российской Федерации в страховом полисе допускается факсимильное воспроизведение подписи и печати Страховщика.

9.5. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя (Застрахованного лица), если в страховом полисе прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе со страховым полисом или на его оборотной стороне, либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю Правил страхования удостоверяется его подписью в страховом полисе.

9.6. В случае утраты Страхователем (Застрахованным лицом) страхового полиса Страховщик на основании письменного заявления выдает дубликат.

9.7. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений настоящих Правил, если это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

При наличии расхождений между нормами договора страхования и настоящих Правил преимущественную силу имеют положения договора страхования.

9.8. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен в случае:

9.8.1. Исполнения Страховщиком обязательств перед Застрахованным лицом по договору в полном объеме (прекращение обязательств исполнением);

9.8.2. Если после вступления договора страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай (ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации). В этом случае Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

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

При отказе Страхователя от договора страхования страховая премия не подлежит возврату, если договором страхования не предусмотрено иное.

9.8.4. В случае принятия судом решения о признании договора страхования недействительным. В этом случае порядок взаиморасчетов определяется положениями о последствиях недействительности сделки, установленными действующим законодательством Российской Федерации, либо в соответствии с решением суда о признании договора страхования недействительным;

9.8.5. По соглашению сторон. В этом случае Страхователю возвращается часть страховой премии за неистекший срок договора страхования за вычетом расходов Страховщика на ведение дела, предусмотренных структурой тарифной ставки.

9.8.6. Иных оснований, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации и договором страхования.

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. Страховщик обязан:

10.1.1. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами страхования, вручить Страхователю (Застрахованным лицам) страховой полис и Правила страхования (выписку из Правил страхования);

10.1.2. организовать предоставление Застрахованному лицу медицинских и медико-транспортных услуг в соответствии с условиями настоящих Правил и договора страхования (страхового полиса);

10.1.3. при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в соответствии с условиями настоящих Правил и договора страхования (страхового полиса);

10.1.4. при непризнании случая страховым или в случае отказа в страховой выплате сообщить Страхователю (Застрахованному лицу) о своем решении в письменной форме с мотивированным обоснованием причин;

10.1.5. не разглашать полученные в результате своей профессиональной деятельности сведения о Застрахованном лице и состоянии его здоровья, за исключением случаев передачи необходимого объема информации Сервисной компании или перестраховочной организации в целях исполнения обязательств по договору страхования.

10.2. Страхователь обязан:

10.2.1. своевременно уплатить страховую премию в соответствии с условиями договора страхования;

10.2.2. при заключении договора страхования сообщить Страховщику необходимую информацию о Застрахованном лице (лицах) и условиях осуществления поездки, позволяющую судить о степени риска;

10.2.3. довести до сведения Застрахованных лиц условия страхования.

10.3. Страховщик имеет право:

10.3.1. при необходимости запросить документы в лечебном учреждении, оказывавшем услуги Застрахованному лицу в связи с внезапным заболеванием или несчастным случаем (выписки из истории болезни, результаты обследования и т.п.), в лечебных учреждениях постоянного места жительства Застрахованного лица, в Сервисной компании, в туристической фирме, а также у иных организаций и лиц, располагающих информацией об обстоятельствах наступления страхового случая, размере понесенных убытков и произведенных расходов;

10.3.2. отсрочить страховую выплату, если:

- Страхователь (Застрахованное лицо) предоставил ненадлежащим образом оформленные документы – до предоставления документов, оформленных надлежащим образом;

- производилась независимая экспертиза причин и обстоятельств наступления страхового случая и размера ущерба. Отсрочка происходит до момента окончания экспертизы и составления соответствующего документа;

- ведется судебное разбирательство, результат которого может повлиять на размер убытка и/или установить обстоятельства произошедшего события. Отсрочка может происходить до момента вступления судебного акта в законную силу при отсутствии его обжалования. В случае обжалования отсрочка происходит до момента принятия судебного акта, не подлежащего обжалованию.

10.3.3. не производить страховую выплату в случаях, предусмотренных настоящими Правилами и договором страхования.

10.4. Страхователь имеет право:

10.4.1. получить дубликат договора страхования (страхового полиса) в случае его утраты;

10.4.2. отказаться от договора страхования в любое время в порядке, предусмотренном п. 9.8.3 настоящих Правил.

10.5. Стороны по настоящим Правилам имеют иные права и несут иные обязанности, предусмотренные другими разделами Правил, а также законодательством Российской Федерации.

10.6. Договором страхования могут быть предусмотрены и иные права и обязанности сторон.

11. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

11.1. При несчастном случае, внезапном заболевании во время пребывания в поездке Застрахованное лицо (или его представитель) обязано:

11.1.1. незамедлительно обратиться в Сервисную компанию (а в случае невозможности связаться с Сервисной компанией – к Страховщику) по круглосуточному телефону, указанному в полисе, и сообщить:

- фамилию и имя Застрахованного лица; его местонахождение и телефон для связи;
- номер полиса, наименование Страховщика;
- причину обращения и вид требуемой помощи;
- другие сведения, которые запросит представитель Сервисной компании или Страховщика.

Если по уважительной причине Застрахованное лицо не может связаться с Сервисной компанией (или Страховщиком), необходимо обратиться в ближайшее, желательно государственное, лечебное учреждение, предъявить страховой полис врачу и попросить его связаться с представительством Сервисной компании для получения инструкций и гарантий оплаты оказываемых медицинских услуг. О наступлении страхового случая необходимо сообщить в Сервисную компанию (или Страховщику) до окончания поездки. Под уважительной причиной не обращения в Сервисную компанию (или к Страховщику) по настоящим Правилам понимается:

а) отсутствие телефонной (стационарной или мобильной) связи в месте нахождения Застрахованного лица;

б) тяжелое болезненное состояние Застрахованного лица, не позволяющее ему вести телефонные переговоры.

11.1.2. следовать указаниям, полученным от Сервисной компании, сообщать ей необходимую информацию для предоставления услуг, предусмотренных страховым полисом;

11.1.3. если Застрахованное лицо по какой-либо причине направлено в больницу без согласования с Сервисной компанией (или Страховщиком), то необходимо незамедлительно, как это станет возможным, но в любом случае до окончания поездки, сообщить в Сервисную компанию (или Страховщику) сведения, указанные в п. 11.1.1 настоящих Правил, а также название, адрес и телефон больницы, в которой находится Застрахованное лицо, согласовать с Сервисной компанией гарантии оплаты предоставленных медицинских услуг и дальнейшие действия;

11.1.4. если Застрахованное лицо по уважительной причине самостоятельно оплатило медицинские услуги при наступлении страхового случая, то для получения возмещения расходов от Страховщика необходимо:

а) до возвращения Застрахованного лица из поездки сообщить об этом Сервисной компании (Страховщику) и согласовать с ними данные расходы;

б) обеспечить документальные доказательства наступления страхового случая и понесенных расходов;

в) не позднее, чем через 30 дней после возвращения из поездки, предоставить Страховщику документы согласно п. 11.5 настоящих Правил, подтверждающие факт страхового случая и размеры понесенных расходов.

11.2. Застрахованное лицо в связи с наступлением страхового случая также обязано:

11.2.1. освободить лечащих врачей от обязанности сохранения врачебной тайны, дать согласие на предоставление Сервисной компании или Страховщику документации о

лечении, а также, в случае необходимости, документации о состоянии его здоровья до наступления страхового случая.

Медицинская бригада Сервисной компании и/или Страховщика должны иметь свободный доступ к Застрахованному лицу для освидетельствования его состояния, за исключением случаев, когда это невозможно по медицинским показаниям;

11.2.2. соблюдать предписания лечащего врача, распорядок, установленный медицинским учреждением, в котором Застрахованное лицо проходит курс лечения.

Если при нарушении предписаний лечащего врача и/или распорядка, установленного медицинским учреждением, произошло ухудшение здоровья Застрахованного лица, требующее дополнительного лечения, то такое дополнительное лечение осуществляется за счет средств Застрахованного лица и Страховщиком не возмещается.

11.2.3. дать разрешение на возвращение его к месту постоянного проживания (репатриацию), если по заключению лечащего врача и Сервисной компании о состоянии его здоровья репатриация Застрахованного лица возможна.

При отказе Застрахованного лица от рекомендованной репатриации, дальнейшее пребывание в медицинском учреждении и/или возвращение Застрахованного лица к постоянному месту жительства (регистрации), осуществляется за счет средств Застрахованного лица и Страховщиком не возмещается.

11.3. Страховщик имеет право при обращении Застрахованного лица за возмещением понесенных расходов по возвращении из поездки получить всю информацию, касающуюся произошедшего события и понесенных расходов, потребовать у Застрахованного лица пройти медицинское обследование, а также запрашивать у Застрахованного лица, медицинских учреждений, Сервисной компании дополнительные документы, подтверждающие факт наступления страхового случая и размер понесенных расходов.

11.4. Страховая выплата производится Страховщиком в следующем порядке:

11.4.1. путем оплаты Страховщиком счетов Сервисной компании за услуги, предусмотренные в страховом полисе, оказанные Застрахованному лицу при наступлении страхового случая, в порядке и на условиях, предусмотренных условиями договора между Страховщиком и Сервисной компанией;

11.4.2. путем возмещения понесенных Застрахованным лицом расходов по произошедшему страховому случаю при условии соблюдения им обязанностей, указанных в п. 11.1.4 настоящих Правил.

Обязанность доказательства наличия страхового случая и документального подтверждения понесенных расходов лежит на Застрахованном лице.

11.5. В случае если Застрахованное лицо самостоятельно понесло согласованные расходы, связанные со страховым случаем оно должно представить Страховщику следующие документы:

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

11.5.2. договор страхования (полис) или его ксерокопию;

11.5.3. оригинал документа из медицинского учреждения (на фирменном бланке или с соответствующим штампом) с указанием наименования и реквизитов медицинского учреждения или фамилии и контактной информации врача, фамилии и имени пациента, диагноза, даты обращения за медицинской помощью, продолжительности лечения, с перечнем оказанных услуг с разбивкой их по датам и стоимости, с итоговой суммой к оплате;

11.5.4. оригиналы выписанных врачом рецептов со штампом аптеки и указанием стоимости каждого приобретенного медикамента. Расходы на приобретение медикаментов возмещаются только в том случае, если эти медикаменты были назначены врачом при установленном диагнозе, не входящем в перечень исключений по страховому полису;

11.5.5. оригинал направления, выданного врачом, на проведение лабораторных исследований и счет лаборатории с разбивкой по датам, наименованиям и стоимости оказанных услуг, с указанием фамилии и имени пациента;

11.5.6. оригиналы документов, подтверждающих факт оплаты медицинских услуг, медикаментов (штамп об оплате, подтверждение банка о перечислении суммы или кассовый чек).

11.5.7. при стоматологическом лечении – документ из медицинского учреждения, в котором должно быть указано, какие именно зубы подвергались лечению и какому именно, а также стоимость лечения и подтверждение факта оплаты;

11.5.8. документы, подтверждающие факт оплаты медико-транспортных расходов Застрахованного лица (с указанием даты, маршрута, стоимости), а также документы из медицинского учреждения, в которое было доставлено Застрахованное лицо, с указанием фамилии и имени Застрахованного лица, даты обращения, диагноза.

11.6. Если информации, содержащейся в предоставленных Застрахованным лицом документах, недостаточно для принятия Страховщиком решения о признании или непризнании произошедшего события страховым случаем и/или определения размера ущерба, Страховщик в письменной форме запрашивает у Застрахованного лица, Сервисной компании, медицинских учреждений и/или компетентных органов дополнительные документы (или их копии), а также вправе провести самостоятельное расследование.

11.7. Страховщик или Сервисная компания оставляет за собой право проверки целесообразности расходов, понесенных Застрахованным лицом самостоятельно, с соответствующей корректировкой размера выплаты.

11.8. После получения всех необходимых документов и сведений (п.п. 11.5 – 11.6 настоящих Правил) Страховщик в течение 45 рабочих дней (если иной срок не указан в договоре страхования):

11.8.1. Признает событие страховым случаем, составляет и утверждает страховой акт и производит страховую выплату. Размер и порядок осуществления страховой выплаты указывается в страховом акте.

11.8.2. Принимает решение о непризнании произошедшего события страховым случаем либо об отказе в страховой выплате и направляет Страхователю (Застрахованному лицу) письмо с обоснованием принятого решения.

11.9. Страховые выплаты не могут превышать соответствующих лимитов возмещения (если они установлены в полисе) и указанной в полисе страховой суммы.

11.10. Страховые выплаты, осуществляемые путем оплаты счетов Сервисной компании, производятся с соблюдением действующего валютного законодательства Российской Федерации и условий договора, заключенного между Страховщиком и Сервисной компанией.

11.11. Страховые выплаты, производимые непосредственно Страхователю (или Застрахованному лицу), осуществляются в российских рублях на основании представленных финансовых документов, подтверждающих фактически понесенные расходы.

Страховая выплата производится путём перечисления денежных средств на банковский счёт, указанный Застрахованным лицом, наличными денежными средствами в кассе Страховщика или иным способом по согласованию сторон.

Днём выплаты считается дата списания средств со счёта Страховщика, оформления почтового перевода или выдачи наличных денег из кассы Страховщика.

Расходы по зачислению на счёт и получению (списанию) со счёта получателя подлежащих выплате сумм осуществляется за счёт средств получателя.

Перевод подлежащих выплате сумм получателю иным способом, чем перевод на счёт получателя в банке, осуществляется за счёт средств получателя.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

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

12.2. В случае если Стороны не пришли к соглашению, все споры передаются на рассмотрение суда общей юрисдикции по месту нахождения ответчика (если Страхователь (Застрахованное лицо) – физическое лицо) / арбитражного суда по месту нахождения ответчика (если Страхователь – юридическое лицо).

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