

Акционерное общество «Русский Стандарт Страхование»

Приложение №1

к приказу Генерального директора

№ 38 от 22.10.2019 года

«УТВЕРЖДЕНО»

Приказом № от «22» октября 2019 г.

Генеральный директор



М.С. Копитайко



**ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ  
СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ПУТЕШЕСТВУЮЩИХ**

1. Определения
2. Субъекты страхования
3. Объекты страхования
4. Страховые риски. Страховые случаи.
5. Исключения из страхования.
6. Порядок определения Страховой суммы, Страхового тарифа, Страховой премии
7. Порядок заключения, исполнения и прекращения Договора страхования
8. Права и обязанности сторон
9. Порядок оплаты и возмещения расходов Застрахованного лица
10. Определение размера убытков или ущерба. Порядок определения Страховой выплаты
11. Случаи отказа в Страховой выплате
12. Форс-мажор
13. Прочие условия.
14. Приложение №1. Дополнительные условия страхования «Причинение вреда здоровью, а также смерть Застрахованного лица в результате Несчастного случая»
15. Приложение №2. Программа добровольного медицинского страхования «Ваш доктор»

Настоящие Полисные условия страхования жизни и здоровья путешественников (далее по тексту – «Полисные условия») разработаны в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, Правилами страхования жизни и здоровья путешественников АО «Русский Стандарт Страхование» в редакции от 31.05.2019 г., Особыми условиями добровольного медицинского страхования по программе «Ваш доктор» АО «Русский Стандарт Страхование» в редакции от 04.10.2019 г., и определяют условия заключаемых на их основании договоров добровольного страхования жизни и здоровья физических лиц.

## 1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Указанные ниже понятия используются в Полисных условиях в следующих значениях:

Близкие родственники – отец, мать, сын, дочь, усыновленные дети, законный супруг или супруга, родные братья и сестры, дедушка, бабушка, внук, внучка, свекр/тесть, свекровь/теща, свояченица/золовка, деверь, невестка, зять, законный опекун Застрахованного лица.

Внезапное острое заболевание – неожиданно возникшее во время Застрахованной поездки острое заболевание, представляющее угрозу жизни и здоровью Застрахованного лица, требующее Медицинской помощи, оказываемой в экстренной форме, или Медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме.

Врач – специалист с законченным и надлежащим образом зарегистрированным медицинским образованием, действующий в рамках лицензии (сертификата) на осуществление медицинской деятельности.

Специалист Страховщика – специалист с законченным и надлежащим образом, зарегистрированным медицинским образованием, привлекаемый Страховщиком по гражданско-правовому или трудовому договору для проведения медицинской экспертизы или принятия решения об осуществлении Страховой выплаты.

Застрахованная поездка – выезд или пребывание Застрахованного лица за границей Страны постоянного проживания или Региона постоянного проживания в связи с туристической поездкой, в течение срока действия Договора страхования и в пределах Территории страхования, указанных в Договоре страхования.

Застрахованное лицо – физическое лицо, имущественные интересы которого застрахованы по Договору страхования.

Несчастный случай – одномоментное внезапное физическое воздействие одного или нескольких внешних факторов (механических, термических, химических, воды и так далее) на организм Застрахованного лица, произошедшее помимо воли Застрахованного лица и приведшее к Травме, нарушениям физиологических функций организма Застрахованного лица или его смерти.

Не относятся к Несчастным случаям любые формы острых, хронических и наследственных заболеваний.

Отравление – расстройство жизнедеятельности организма, возникшее вследствие попадания из внешней среды и действия на организм Застрахованного лица яда или токсина. К Отравлению не относятся: любое хроническое отравление, эндогенное отравление (вследствие внутренних причин при хронической патологии), острое отравление спиртами, наркотическими средствами, медицинскими препаратами, не назначенными Врачом.

Регион постоянного проживания – населенный пункт, который определяется:

- для граждан РФ - на основании отметки о регистрации Застрахованного лица по месту жительства в общегражданском паспорте или ином документе, его заменяющем;

- для иностранных граждан и лиц без гражданства, постоянно или преимущественно проживающих на территории РФ, на основании разрешения и/или вида на жительство в РФ, выданных Застрахованному лицу уполномоченными государственными органами, или иных документов, подтверждающих законные основания пребывания Застрахованного лица на территории РФ.

Регион временного пребывания – указанный в Договоре страхования населенный пункт, находящийся в пределах Территории страхования.

Рецепт – письменное предписание Врача, заверенное его личной печатью и печатью лечебного учреждения.

Сервисная компания – специализированная организация, которая по поручению Страховщика круглосуточно обеспечивает организацию услуг, предусмотренных настоящими Полисными условиями.

Срочное сообщение – обращение Застрахованного лица в Сервисную компанию, к Страховщику или к Близким родственникам Застрахованного лица посредством телефонной, факсимильной или иной доступной связи, в связи с наступлением с Застрахованным лицом Несчастливого случая, Внезапного острого заболевания, Обострения Хронического заболевания, Травмы, Отравления или смерти Застрахованного лица.

Медицинское учреждение – это специализированное медицинское учреждение, имеющее: специальное разрешение - лицензию на осуществление медицинской деятельности, укомплектованное необходимым медицинским персоналом (врачами, средним медицинским персоналом) и обеспечивающее предоставление амбулаторных и/или стационарных медицинских услуг.

Срок страхования – период времени, в течение которого произошедшее событие может быть признано Страховым случаем.

Страна временного пребывания – страна, находящаяся на Территории страхования, где Застрахованное лицо временно проживает.

Страна постоянного проживания - страна или страны, которые являются постоянным местом жительства Застрахованного лица и которые указаны в Договоре страхования.

Страховая премия - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования.

Страховая сумма - определенная Договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик несет ответственность по Договору страхования, и, исходя из величины которой, определяются размеры Страховой премии и Страховой выплаты.

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.

Страховой риск (Страховое событие) - предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

Страховой случай - совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика по осуществлению Страховых выплат.

Страховая выплата – денежная сумма, которая определена в порядке, установленном настоящими Полисными условиями и Договором страхования, и выплачивается Страховщиком Застрахованному лицу при наступлении Страхового случая.

Страховщик – Акционерное общество «Русский Стандарт Страхование», имеющее лицензию на осуществление добровольного страхования жизни СЖ №3748 от 31.07.2015 и лицензию на осуществление добровольного личного страхования, за исключением добровольного страхования жизни, СЛ №3748 от 31.07.2015, выданные Центральным Банком Российской Федерации (Банком России) без ограничения срока действия).

Территория страхования – страна, группа стран, субъект Российской Федерации, населенный пункт, территория, указанная в Договоре страхования в пределах которой событие может быть признано Страховым случаем.

Территорией страхования не являются Регион постоянного проживания Застрахованного лица, и зона в радиусе 90 км от Региона постоянного проживания, если иное не определено в Договоре страхования, а также, страны, не включающие Регион постоянного проживания, гражданином которых является Застрахованное лицо, или в которых он имеет вид на жительство, а также страны, в которые выезжает Застрахованное лицо с целью получения вида на жительство.

Травма - физическое повреждение организма Застрахованного лица, которое может быть механическим (ушиб, переломы, удушение, утопление и т. п.), термическим (ожоги, обморожения), химическим, а также баротравмы (под действием резких изменений атмосферного давления), электротравмы.

Третьи лица - любое лицо кроме Страхователя, Выгодоприобретателя, Застрахованного лица, Близких родственников.

Хронические заболевания – любая болезнь, недомогание, существовавшие у Застрахованного лица и известные ему на момент заключения Договора страхования, и требовавшие Медицинской помощи до начала действия Договора страхования, или по поводу которых получены врачебные рекомендации по их лечению и требующие долгосрочного наблюдения, консультаций, осмотров, исследований или анализов вне зависимости от того предоставлялась ли по ним Медицинская помощь или нет.

Обострение Хронического заболевания – неожиданно, внезапно возникшее во время Застрахованной поездки ухудшение здоровья Застрахованного лица при Хроническом заболевании, в виде возникновения угрозы жизни и здоровью Застрахованного лица, требующее Медицинской помощи, оказываемой в экстренной форме или Медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме.

Медицинская эвакуация – комплекс мероприятий, утвержденных специалистом Страховщика и необходимых для перемещения Застрахованного лица любым доступным (необходимым в данной ситуации) транспортным средством из лечебного учреждения Страны временного пребывания/Региона временного пребывания Застрахованного лица до лечебного учреждения соответствующего профиля на территории Страны постоянного проживания.

Медицинская репатриация - транспортировка Застрахованного лица и сопровождающего его лица (если такое сопровождение предписано Врачом или возраст Застрахованного лица менее 14 лет) из Страны временного пребывания Застрахованного лица, до ближайшего к Региону постоянного проживания Застрахованного лица аэропорта или вокзала, если отъезд Застрахованного лица не состоялся вовремя, по причине наличия медицинских противопоказаний при стационарном лечении и/или нахождении на карантине при инфекционных заболеваниях. Либо, если указанные Врачом условия транспортировки Застрахованного лица и обусловленные медицинской необходимостью, отличаются от условий, предусмотренных имеющимися у Застрахованного лица проездными документами.

Страховщик вправе организовать медицинскую репатриацию при амбулаторном лечении, при условиях, перечисленных в п. 4.3.1.3.2.2. настоящих Полисных условий и в случае, если запланированный отъезд противопоказан по состоянию здоровья, что отражено в медицинской документации.

Медицинская транспортировка - перемещение до ближайшего, соответствующего состоянию Застрахованного лица, лечебного учреждения (или из одного лечебного учреждения в другое лечебное учреждение) на территории Страны временного пребывания /Места временного пребывания. Транспортировка из лечебного учреждения до Места временного проживания, при состояниях, требующих иммобилизации и/или в других случаях, при наличии указания Врачом медицинских показаний к медицинской транспортировке.

Медицинская помощь - комплекс медицинских услуг, включающий мероприятия, проводимые в амбулаторных условиях и/или в условиях дневного стационара по диагностике и лечению заболеваний и состояний, а также медицинские услуги, оказываемые врачами-специалистами, в стационарных условиях, включая диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих использование специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию, а также медицинские услуги, оказываемые персоналом скорой медицинской помощи.

Медицинская помощь, оказываемая в экстренной форме - медицинская помощь, оказываемая при Внезапных острых заболеваниях, Травмах, Отравлениях, Обострениях Хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни Застрахованного лица, требующих безотлагательного медицинского вмешательства.

Медицинская помощь, оказываемая в неотложной форме – медицинская помощь, оказываемая при Внезапных острых заболеваниях, Травмах, Отравлениях, Обострениях Хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих Медицинской помощи, оказываемой в экстренной форме, но отсрочка оказания которой, до возвращения в Регион постоянного проживания, может повлечь за собой ухудшение состояния Застрахованного лица и угрозу его жизни и здоровью.

## 2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

- 2.1. Субъектами страхования являются Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо.
- 2.2. Страховщиком является Акционерное общество «Русский Стандарт Страхование».
- 2.3. Страхователями признаются юридические лица и дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком Договор страхования.
- 2.4. Страхователь вправе заключать со Страховщиком Договоры страхования в отношении третьих лиц в пользу последних (Застрахованные лица).
- 2.5. В случае если Страхователь – физическое лицо заключил Договор страхования своих имущественных интересов, то он является Застрахованным лицом. Если иное лицо не указано в Договоре страхования в качестве Застрахованного лица, Застрахованным лицом по Договору страхования является Страхователь.
- 2.6. Выгодоприобретателем по Договору страхования является Застрахованное лицо, если в качестве Выгодоприобретателя не указано иное лицо в Договоре страхования. В случае смерти Застрахованного лица по Договору страхования, в котором не назван иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями являются наследники Застрахованного лица.
- 2.7. Не подлежат страхованию и не могут являться Застрахованными лицами физические лица, которым на дату начала действия Договора страхования установлена инвалидность I (первой) или II (второй) группы, а также лица, которым на дату начала действия Договора страхования диагностированы психические, наркологические заболевания и зависимости, расстройства поведения, ВИЧ-инфекция.

Условия принятия на страхование, изложенные в настоящем пункте, являются существенными условиями Договора страхования и являются заверениями Страхователя об обстоятельствах в силу ст.431.2 Гражданского кодекса Российской Федерации. В случае, если будет обнаружено, что Застрахованное лицо не соответствует условиям принятия на страхование, то Страховщик отказывает в Страховой выплате Застрахованному лицу, Договор страхования в отношении такого Застрахованного лица считается незаключенным в части соответствующего риска, а Страховая премия (ее часть), уплаченная по Договору страхования, подлежит возврату на основании письменного заявления Страхователя. Событие, произошедшее с таким лицом, не будет расцениваться Страховщиком как наступивший страховой случай ввиду несоответствия такого события признаку случайности его наступления (требование абз.2 п.1 ст.9 Закона РФ от 27.11.1992 №4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации»). Возврат Страховой премии (части Страховой премии) осуществляется в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя.

В отдельных случаях, на отдельных условиях и за дополнительную плату лица, указанные в первом абзаце настоящего пункта, могут быть Застрахованными только при условии, что до заключения Договора страхования Страховщик был письменно уведомлен Страхователем о состоянии здоровья лица, заявленного на страхование. Факт заключения Договора страхования в отношении такого лица прямо оговаривается по тексту Договора страхования.

## 3. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектами страхования являются:

3.1.1 не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с расходами, понесенными в связи с необходимостью получения медицинских и медико-транспортных услуг (риск «Страхование медицинских и медико-транспортных расходов»);

3.1.2. не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного лица, а также связанные со смертью Застрахованного лица в результате Несчастного случая (риск «Причинение вреда здоровью, а также смерть Застрахованного лица в результате Несчастного случая»);

3.1.3. не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с оплатой организации и оказания Медицинских и иных услуг

вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их (риск «Телемедицина»).

3.2. Страховая выплата производится в связи с наступлением страхового случая Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) после его возвращения в Регион постоянного проживания, Медицинской компании или Сервисной компании, оплатившей расходы Застрахованного лица.

3.3. Исключаются из Территории страхования:

3.3.1. государства, на территории которых ведутся военные действия;

3.3.2. государства, на территории которых обнаружены и действуют очаги эпидемии;

3.3.3. государства, признанные Правительством РФ или иными государственными органами нежелательными или небезопасными для посещения гражданами РФ;

3.3.4. государства, на которые наложены санкции ООН и международных организаций.

#### 4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ, СТРАХОВЫЕ РИСКИ

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

4.2. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика по осуществлению Страховых выплат.

4.3. По Договору страхования, заключенному на основании настоящих Полисных условий страховым случаем признается:

4.3.1. по риску «Страхование медицинских и медико-транспортных расходов» – оплата организации и оказания Медицинской помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица, в связи с получением Медицинской помощи в экстренной форме и Медицинской помощи в неотложной форме в связи с наступлением Несчастного случая, получением Травмы, Отравлением, Внезапным острым заболеванием или Обострением Хронического заболевания, смерти Застрахованного лица, произошедших в период Застрахованной поездки.

При этом оплате или возмещению подлежат следующие непредвиденные расходы на оплату Медицинской помощи, оказываемой в экстренной форме, и Медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме, Застрахованного лица:

4.3.1.1. медицинские расходы:

4.3.1.1.1. расходы на Медицинскую помощь (включая проведение диагностических исследований, оперативное лечение) в Медицинском учреждении;

4.3.1.1.2. расходы по оплате назначенных лечащим Врачом медикаментов, перевязочных средств, простых средств фиксации (в том числе ортезов) в лимите, не превышающем эквивалент 100 (ста) долларов США/ЕВРО в российских рублях, рассчитанный в соответствии с п. 10.11 настоящих Полисных условий;

4.3.1.1.3. расходы по оплате визита Врача к Застрахованному лицу по медицинским показаниям, если такая услуга предоставляется в Стране временного пребывания или Регионе временного пребывания;

4.3.1.1.4. расходы по наблюдению за состоянием Застрахованного лица и контролю над ходом его лечения;

4.3.1.1.5. расходы по оплате лабораторных исследований, выполненных по назначению Врача.

4.3.1.2. расходы на экстренную стоматологическую помощь, а именно:

4.3.1.2.1. расходы, связанные с болеутоляющим лечением естественного зуба при травме зуба в результате Несчастного случая;

4.3.1.2.2. расходы, связанные с болеутоляющим лечением естественного зуба и связанного с ним пломбирования/удаления при остром воспалении зуба и окружающих зуб тканей;

4.3.1.3. медико-транспортные расходы (исключая перемещение от/до круизных и/или иных судов), которые включают в себя:

4.3.1.3.1. расходы по Медицинской транспортировке:

- до ближайшего, соответствующего состоянию Застрахованного лица, лечебного учреждения на территории Страны временного пребывания /Региона временного пребывания при оказании первичной медицинской помощи и наличии соответствующих медицинских показаний к Медицинской транспортировке;

- по согласованию со Страховщиком из лечебного учреждения до Места временного проживания, при состояниях, требующих иммобилизации или в других случаях, при наличии указанных врачом медицинских показаний к Медицинской транспортировке;

- по согласованию со Страховщиком из одного лечебного учреждения в другое лечебное учреждение соответствующего профиля, если такой перевод обоснован медицинской необходимостью для Застрахованного лица,

- по инициативе Страховщика, если:

а) расходы, связанные с пребыванием Застрахованного лица в лечебном учреждении не соразмерно выше аналогичным услугам в иных лечебных учреждениях,

б) лечебное учреждение отказало в предоставлении услуг

в) в случаях, когда Страховщик выявил отсутствие у лечебного учреждения лицензии на осуществление определенных видов медицинской деятельности

г) когда лечебное учреждение отказывает Страховщику в предоставлении информации о стоимости услуг, контроле качества услуг, объеме оказываемой медицинской помощи.

4.3.1.3.2. расходы по Медицинской репатриации или Медицинской эвакуации транспортным средством, включая расходы на сопровождающее лицо (если такое сопровождение предписано Врачом или если Застрахованное лицо не достигло возраста 14 лет, при этом сопровождающим лицом может являться только совершеннолетний, сопровождающий Застрахованное лицо в данной поездке) из Страны временного пребывания/Региона временного пребывания Застрахованного лица до его Региона постоянного проживания или до ближайшего медицинского учреждения в Регионе постоянного проживания. Медицинская репатриация и/или медицинская эвакуация осуществляется исключительно в случаях, когда они предварительно согласованы и/или организованы Страховщиком;

4.3.1.3.2.1. Медицинская эвакуация проводится до ближайшего к Региону постоянного проживания Застрахованного лица лечебного учреждения, оказывающего требуемую медицинскую помощь и на лечение в котором Застрахованное лицо имеет право. При этом, в случае если по предварительным расчетам, стоимость Медицинской эвакуации может превысить Страховую сумму, Страховщик имеет право в пределах Страховой суммы организовать Медицинскую эвакуацию в любое ближайшее лечебное учреждение Страны/Региона постоянного проживания, соответствующего профиля. Медицинская эвакуация осуществляется при одном или нескольких условиях:

- при отсутствии в Стране временного пребывания/Регионе временного пребывания возможностей для предоставления требуемой Медицинской помощи;

- в случаях, когда расходы по пребыванию в Медицинском учреждении могут превысить установленные в Договоре страхования Страховые суммы и нет жизненных противопоказаний к Медицинской эвакуации;

- в случаях, когда лечение за границей Страны постоянного проживания или Региона постоянного проживания значительно превышает расходы на Медицинскую эвакуацию;

- в случаях, когда экстренное и неотложное стационарное лечение и период пребывания Застрахованного лица в Стране временного пребывания/Регионе временного пребывания закончено, но состояние Застрахованного лица требует особых условий его транспортировки и продолжения лечения в Стране постоянного проживания или Регионе постоянного проживания;

- по инициативе Страховщика, при необходимости продолжения лечения после купирования состояния угрожающего жизни либо неоправданно длительного лечения Внезапных острых заболеваний, Травм, Отравлений, Обострения Хронических заболеваний осуществляемых в Стране временного пребывания, при условии отсутствия жизненных противопоказаний к Медицинской эвакуации;

4.3.1.3.2.2. Медицинская репатриация осуществляется в случаях, если отъезд Застрахованного лица не состоялся вовремя, т.е. в день, указанный в проездных документах, находящихся на руках у Застрахованного лица, по причине наступления Внезапного острого заболевания, Травмы, Отравления, Обострения Хронического заболевания, повлекшего необходимость пребывания



Застрахованного лица в Медицинском учреждении или на амбулаторном лечении при наличии противопоказаний к транспортировке, отраженных в форме разрешения к Медицинской репатриации (Fit-to-fly) и обусловленных состоянием здоровья Застрахованного лица и/или нахождением его в карантине.

Застрахованное лицо обязано вернуть (сдать) неиспользованные проездные документы. Страховщик компенсирует Застрахованному лицу разницу между понесенными расходами на новые проездные документы и суммой, возвращенной Застрахованному лицу третьими лицами (авиаперевозчиком, туроператором) за неиспользованные проездные документы. Страховщик вправе вычесть из суммы возмещения расходов Застрахованного лица стоимость неиспользованных проездных документов;

4.3.1.4. расходы по посмертной репатриации тела, санкционированные Сервисной компанией, в связи со смертью Застрахованного лица производятся с предварительного согласия Страховщика. Возмещению подлежат следующие расходы, если смерть Застрахованного лица наступила в результате Страхового события:

4.3.1.4.1. на транспортировку тела до ближайшего аэропорта в Стране постоянного проживания Застрахованного лица, включая необходимые расходы на подготовку тела Застрахованного лица в соответствии с требованиями международных/региональных перевозчиков к транспортировке тела, при этом Страховщик не оплачивает расходы на ритуальные услуги;

4.3.1.4.2. кремацию тела и последующую транспортировку останков до ближайшего аэропорта в Стране постоянного проживания Застрахованного лица;

4.3.1.5. расходы Застрахованного лица, связанные с оплатой Срочных сообщений, но не более суммы, в российских рублях эквивалентной 100 (Ста) долларам США/ЕВРО. Оплата расходов производится на основании документов, подтверждающих такие расходы, их величину и номера телефонов, на которые производились вызовы. При этом возмещению подлежат следующие расходы:

3.3.1.5.1. расходы Застрахованного лица на передачу одного Срочного сообщения Ближнему родственнику пострадавшего Застрахованного лица в связи с наступлением с Застрахованным лицом Несчастливого случая, Внезапного острого заболевания, Обострения Хронического заболевания, Травмы, Отравления или смерти Застрахованного лица;

3.3.1.5.2. расходы Застрахованного лица на телефонные переговоры с Сервисной компанией и/или Страховщиком;

4.3.1.6. расходы на эвакуацию детей – расходы по проезду в один конец экономическим классом несовершеннолетних детей, находящихся с Застрахованным лицом в Застрахованной поездке, до Региона постоянного проживания в случае, если дети остались без присмотра в результате произошедшего с Застрахованным лицом Несчастливого случая, Внезапного острого заболевания, Обострения хронического заболевания, Травмы, Отравления или смерти Застрахованного лица, а так же оплату дорожных расходов одного взрослого, сопровождающего детей. Если Застрахованное лицо не может назвать такого человека, то Страховщик организует и оплатит соответствующее сопровождение;

4.3.1.7. расходы на проживание и проезд третьего лица – расходы на проживание в Стране временного пребывания и последующий проезд экономическим классом до Региона постоянного проживания одного Ближнего родственника или совершеннолетнего третьего лица, находящегося вместе с Застрахованным лицом в Стране временного пребывания, если отъезд Застрахованного лица не состоялся вовремя, т.е. в день, указанный в проездных документах, оформленных на имя Застрахованного лица, по причине наступления Внезапного острого заболевания, Обострения Хронического заболевания, Травмы, Отравления, Несчастливого случая, повлекшего необходимость пребывания Застрахованного лица на лечении в Медицинском учреждении. Застрахованное лицо, а также его Ближний родственник или совершеннолетнее третье лицо, находящееся вместе с Застрахованным лицом в Стране временного пребывания, обязаны сделать все от них зависящее, чтобы вернуть (сдать) неиспользованные проездные документы. При этом расходы по пребыванию Ближнего родственника или совершеннолетнего третьего лица в Стране временного пребывания покрываются Страховщиком в пределах срока, указанного в Договоре страхования, но не более 10 (десяти) ночей, а сумма расходов не может превышать сумму в российских рублях

эквивалентную 100 (Ста) долларам США/ЕВРО за ночь, рассчитанную в соответствии с п. 10.11 настоящих Полисных условий;

4.3.1.8. расходы на визит третьего лица – расходы по проезду в оба конца экономическим классом (из Региона постоянного проживания и обратно) Близкого родственника или совершеннолетнего третьего лица, если срок госпитализации Застрахованного лица, путешествующего в одиночку, превысил 10 (десять) дней нахождения на лечении в Медицинском учреждении в связи с наступлением Внезапного острого заболевания, Обострения Хронического заболевания, Травмы, Отравления, Несчастного случая. При этом Страховщик обязуется оплатить необходимое суточное проживание Близкого родственника или совершеннолетнего третьего лица, на время пребывания Застрахованного лица в Медицинском учреждении в пределах срока, указанного в Договоре страхования, но не более 10 (десять) ночей, а сумма расходов не может превышать сумму эквивалентную 100 (Ста) долларам США/ЕВРО за ночь, рассчитанную в российских рублях в соответствии с п. 10.11 настоящих Полисных условий;

4.4. По соглашению Страхователя и Страховщика может быть застрахован дополнительный страховой риск «Причинение вреда здоровью, а также смерть Застрахованного лица в результате Несчастного случая». Договор страхования с указанием в нем Страхового риска «Причинение вреда здоровью, а также смерть Застрахованного лица в результате Несчастного случая» заключается на основании Дополнительных условий страхования «Причинение вреда здоровью, а также смерть Застрахованного лица в результате Несчастного случая», являющихся Приложением №2 к настоящим Полисным условиям.

Терминология, объект страхования, страховая сумма, страховая премия, объем страхового покрытия, права и обязанности сторон, порядок определения и осуществления страховых выплат по страховому риску «Причинение вреда здоровью, а также смерть Застрахованного лица в результате Несчастного случая» определяются Дополнительными условиями страхования «Причинение вреда здоровью, а также смерть Застрахованного лица в результате Несчастного случая».

4.5. По соглашению Страхователя и Страховщика может быть застрахован дополнительный страховой риск «Телемедицина». Терминология, объект страхования, страховая сумма, страховая премия, объем страхового покрытия, права и обязанности сторон, порядок определения и осуществления страховых выплат по страховому риску «Телемедицина» определяются Программой страхования.

4.6. В Договоре страхования могут быть указаны все или несколько страховых случаев в любой комбинации из поименованных в настоящих Полисных условиях.

4.7. Страховщик вправе разрабатывать специальные программы страхования, исходя из Территории страхования, набора страховых рисков, размера Страховой суммы, срока действия Договора страхования и иных критериев, присваивать маркетинговые названия программам страхования, что должно быть отражено в Договоре страхования, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

## 5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ.

5.1. По риску «Страхование медицинских и медико-транспортных расходов» не являются страховыми случаями и не возмещаются Страховщиком следующие расходы:

5.1.1. расходы на Медицинскую помощь, понесенные вследствие Внезапных острых заболеваний, Обострений Хронических заболеваний, Отравлений, Травм или иных последствий Несчастного случая, которые не требуют Медицинской помощи, оказываемой в экстренной форме, или Медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме, и лечение которых может быть осуществлено по возвращению в Регион постоянного проживания;

5.1.2. расходы, возникшие вследствие Обострения Хронического заболевания, лечение которого без угрозы для жизни Застрахованного лица можно отложить до возвращения в Регион постоянного проживания;

5.1.3. расходы на лечение Обострения Хронического заболевания, понесенные после устранения угрозы жизни Застрахованного лица;

- 5.1.4. расходы на лечение Внезапного острого заболевания, Обострения Хронического заболевания, симптомы которого начались до начала действия Договора страхования, не зависимо от того, осуществлялось или нет по ним лечение до начала действия Договора страхования;
- 5.1.5. расходы на лечение психических расстройств и расстройств поведения, эпизодических или пароксизмальных расстройств нервной системы (эпилепсии и эпилептических синдромов, припадков grand mal petit mal эпилептический статус, мигрени, мигренозных статусов, расстройств сна), неврозов (панических атак, депрессий, истерических синдромов, стрессов), судорожного синдрома токсической этиологии, абстинентного синдрома;
- 5.1.6. расходы на лечение травматических последствий эпилептических и судорожных припадков (кроме устранения угрозы жизни);
- 5.1.7. расходы, связанные с лечением злокачественных заболеваний и их осложнений, о которых было известно до начала действия Договора страхования;
- 5.1.8. расходы на лечение наследственных и/или врожденных заболеваний, аномалий и пороков развития органов и их осложнений;
- 5.1.9. расходы на плановые консультации, обследования, связанные с беременностью, расходы, связанные с сохранением беременности или лечением осложнений беременности после купирования угрожающего жизни Застрахованного лица состояния (т.е. любые расходы после оказания Экстренной медицинской помощи), а также родового наблюдения, родов (в том числе преждевременных или по проведению кесарева сечения).
- 5.1.10. расходы, связанные с уходом и/или лечением новорожденного ребенка, нахождением под медицинским наблюдением и передвижением (включая эвакуацию и/или репатриацию); при беременности, расходы связанные с выявлением пороков развития плода и/или отклонения жизненных показателей у плода или сохранением жизни плода.
- 5.1.11. расходы на проведение аборт (прерывание беременности любым способом), кроме случаев, когда беременность прервана с целью спасения жизни Застрахованного лица в результате внезапных осложнений протекания беременности, а также кроме расходов на прерывание беременности при внематочной беременности или внутриутробной смерти плода, проведенное по медицинским показаниям;
- 5.1.12. расходы, связанные с обращениями в связи с обильными, частыми, нерегулярными менструациями, нарушениями овариально-менструального цикла, нарушениями в околоменопаузном периоде;
- 5.1.13. расходы на лечение заболеваний кожи: псориаза, дерматитов (в т.ч. аллергических, за исключением острой аллергической крапивницы), экземы, нейродермита, грибковых поражений кожи;
- 5.1.14. расходы на лечение заболеваний кожи, связанных с реакцией на солнце;
- 5.1.15. расходы на лечение венерических заболеваний и заболеваний, передающихся половым или преимущественно половым путем, а также заболеваний, являющихся их следствием;
- 5.1.16. расходы на лечение ВИЧ-инфекции и заболеваний, являющихся ее следствием или осложнением, а так же любых форм гепатита (кроме А и Е);
- 5.1.17. расходы на лечение состояний, возникших после добровольного отказа Застрахованного лица от любых медицинских или медико-транспортных услуг, организованных Сервисной компанией в связи с обращением Застрахованного лица по поводу Страхового события или отказа от выполнения предписаний лечащего Врача;
- 5.1.18. расходы на медицинские услуги, выполненные по желанию или настоянию Застрахованного лица (или его законного представителя), без назначений лечащего Врача в Срок страхования;
- 5.1.19. расходы на лечение 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, абстинентного синдрома, а также на лечение травм, полученных Застрахованным лицом, находящимся при получении травмы под воздействием вышеуказанных веществ;
- 5.1.20. расходы (включая посмертную репатриацию), понесенные в том случае, если Застрахованная поездка была предпринята Застрахованным лицом с намерением получить Медицинскую помощь;

- 5.1.21. расходы, понесенные в связи с ухудшением состояния здоровья или смертью Застрахованного лица при совершении Застрахованной поездки, несмотря на наличие прямых медицинских противопоказаний к ее совершению;
- 5.1.22. расходы на оплату курса лечения, начатого до начала действия Договора страхования и продолжающегося в Застрахованной поездке;
- 5.1.23. расходы на проведение плановой медицинской помощи и госпитализации, даже если указанные мероприятия связаны с произошедшим страховым случаем (под плановой медицинской помощью понимается помощь, которая оказывается при проведении профилактических диагностических, восстановительных мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих Экстренной и Неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой, до возвращения на территорию постоянного проживания не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью);
- 5.1.24. расходы, связанные с реконструктивным лечением, высокотехнологичным лечением, трансплантацией (кроме кожи при обширных ожогах), эндопротезированием, протезированием, нейрохирургическим (клипирование внутримозговых аневризм) и кардиохирургическим, в т.ч. баллонной ангиопластикой коронарных артерий, аортокоронарным шунтированием, установкой коронарного стента, имплантацией электрокардиостимулятора;
- 5.1.25. расходы, которые были оплачены третьими лицами, и Застрахованное лицо не понесло расходов;
- 5.1.26. расходы, понесенные после добровольного отказа Застрахованного лица (его законного представителя) от выполнения предписаний Врача, от организованной Медицинской эвакуации, от организованного приема Врача (в случае, если дата осмотра может быть отложена, состояние не является неотложным), от организации перевода в другое Медицинское учреждение;
- 5.1.27. расходы, связанные с контрацепцией, стерилизацией (или обратной процедурой), лечением бесплодия, оплодотворением или другими формами искусственной репродукции, вазэктомией, изменением пола или другими состояниями полового характера;
- 5.1.28. расходы на гемодиализ, плазмоферрез, УФО крови (кроме расходов на гемодиализ /плазмоферрез при необходимости купирования состояний, признанных страховым случаем и сопровождающихся острой почечной/острой печеночной недостаточностью)
- 5.1.29. расходы на компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, не согласованные с Сервисной компанией и/или Страховщиком, 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;
- 5.1.30. расходы на устранение косметических дефектов лица (в том числе стоматологических), тела независимо от времени их возникновения; косметическую, пластическую и восстановительную хирургию и всякого рода протезирование, включая зубное и глазное протезирование, консультации косметолога, пластического хирурга;
- 5.1.31. расходы на иммунокоррекцию, расширенное иммунологическое исследование;
- 5.1.32. расходы на консультации, необходимые для выдачи рецепта на лекарство, линзы, очки при хронической патологии вне обострения;
- 5.1.33. расходы на оздоровительное и реабилитационное лечение в условиях стационара, диспансеров, санаториев, пансионатах, домах отдыха, восстановительных центров и других специализированных Медицинских учреждений;
- 5.1.34. расходы на физиотерапию, массаж, мануальную терапию, занятия на тренажерах, ЛФК, бассейн, водолечение, гелиотерапия, солярий, гипербарическую оксигенацию, лазеротерапию, нетрадиционные методы лечения в т.ч. рефлексотерапию (акупунктуру и иглорефлексотерапию), гирудотерапию, хиропрактику, гомеопатию, фито- и натуротерапию, и так далее;
- 5.1.35. расходы на диспансеризацию, общие медицинские осмотры, обследования с профилактическими целями, не связанные с необходимостью диагностики Внезапного острого заболевания, Обострения Хронического заболевания, Отравления или Травмы в результате Несчастливого случая, на проведение вакцинации (кроме бешенства или столбняка, выполненных по экстренным показаниям);

- 5.1.36. расходы по лечению Застрахованного лица и уходу за ним, осуществляемым его родственниками, независимо от того, являются ли они профессиональными медицинскими работниками или нет;
- 5.1.37. расходы, связанные с оказанием услуг медицинским учреждением, не имеющим соответствующей лицензии, либо лицом, не имеющим права на осуществление медицинской деятельности;
- 5.1.38. расходы на услуги Врача и лабораторные исследования, не связанные с Несчастливым случаем или Внезапным острым заболеванием, Обострением Хронического заболевания, Отравлением и Травмой;
- 5.1.39. расходы, произведенные Застрахованным лицом на приобретение медицинского оборудования, эндопротезов (кроме назначенных Врачом при оказании Экстренной и Неотложной медицинской помощи простых средств фиксации определенной модели, костылей, металлоконструкций, используемых при неотложных оперативных вмешательствах при переломах костей, замещении костных дефектов) очков, контактных линз, слуховых аппаратов, а также других корректирующих медицинских устройств и приспособлений, и расходы на их подгонку, если иное не предусмотрено Договором страхования;
- 5.1.40. расходы на приобретение препаратов, которые не причисляются к лекарственным препаратам, несертифицированных лекарств, состав которых скрывается составителем, а также пищевых продуктов, укрепляющих средств, средств для похудения и слабительных, выдаваемых по Рецепту, косметических средств, минеральной воды и так далее;
- 5.1.41. расходы на приобретение препаратов, назначенных с профилактической целью и не являющиеся необходимыми для лечения Внезапного острого заболевания, Обострения Хронического заболевания, Отравления или Травмы в результате Несчастливого случая.
- 5.1.42. расходы на услуги, связанные с предоставлением дополнительного комфорта, а именно: одноместных палат и палат типа «люкс», телевизора, телефона, кондиционера, увлажнителя, услуг парикмахера, массажиста, косметолога, переводчика и так далее, если иное не предусмотрено Договором страхования;
- 5.1.43. расходы на ритуальные услуги (погребение) на территории Страны постоянного проживания Застрахованного лица;
- 5.1.44. расходы на лечение в Медицинском учреждении, на которое не было получено согласие Сервисной компании перед тем, как оно было начато, кроме предоставления Медицинской помощи, направленной на спасение жизни Застрахованного лица, с последующим согласованием этих расходов со Страховщиком и/или Сервисной компанией, а также на хирургическое вмешательство или лечение, которое может быть отложено до возвращения Застрахованного лица в Страну или Регион постоянного проживания;
- 5.1.45. расходы, имевшие место после возвращения в Страну постоянного проживания, если иное не предусмотрено Договором страхования;
- 5.1.46. расходы на Медицинскую помощь, оказываемую вследствие травмы, полученной Застрахованным лицом при использовании любой мототехники (мотоциклы, мопеды, мотоциклы, скутеры, водные мотоциклы, квадроциклы, мотовездеходы, снегоходы, картинг) ;
- 5.1.47. расходы на Медицинскую помощь, оказываемую вследствие автотранспортной аварии, если Застрахованное лицо управляло транспортным средством, не имея водительских прав соответствующей категории, или в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения свыше 0,8 промилле;
- 5.1.48. расходы на Медицинскую помощь, оказываемую вследствие травмы, полученной во время поездки Застрахованного лица в транспортном средстве, управляемом лицом, не имеющим водительских прав на управление транспортным средством соответствующей категории, либо находившимся в состоянии алкогольного, токсического наркотического опьянения свыше 0,8 промилле;
- 5.1.49. расходы, понесенные в связи с вредом здоровью Застрахованного лица вследствие принятия им лекарственных средств без назначения Врача;
- 5.1.50. расходы, понесенные в связи с вредом здоровью Застрахованного лица, причиненным при совершении Застрахованным лицом преступных действий, а также во время его участия в политических демонстрациях, забастовках или в результате его службы в любых вооруженных силах или формированиях;

5.1.51. расходы, понесенные в случае, если Застрахованное лицо осознанно (или в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения любой степени) подверг свою жизнь и здоровье опасности, повышенному риску, за исключением случаев спасения жизни другому человеку, что должно быть подтверждено документами соответствующих органов. Однако, если Застрахованное лицо получило Травму в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения, Страховщик возместит медицинские расходы за оказание неотложной медицинской помощи, необходимой для предотвращения непосредственной угрозы жизни или здоровью, но не более суммы, эквивалентной 2 000 000 (двум миллионам) рублей, по официальному курсу на дату наступления Страхового случая.

5.1.52. расходы, понесенные в связи с вредом здоровью Застрахованного лица, в результате занятия Застрахованным лицом профессиональным спортом как основным видом деятельности, с получением в соответствии с контрактом заработной платы или иного денежного вознаграждения, включая подготовку к спортивным соревнованиям и участие в них;

5.1.53. расходы, понесенные в связи с вредом здоровью Застрахованного лица вследствие занятия Застрахованным лицом следующими любительскими видами спорта, не требующими профессионального или сертифицированного доступа: боевыми видами спорта, вэйкбордингом, гребным спортом, спелеологией (кроме спуска в пещеры с экскурсией), рафтингом (не экскурсионным), серфингом, виндсерфингом, кайтингом, водными лыжами, маунтинбайком, зимними видами спорта (горнолыжным спортом и сноубордингом в пределах оборудованных трасс, санным спортом, катанием на лыжах и коньках), скачками, серфингом, сноукайтингом, прыжками в воду с трамплина, прыжками с эластичным канатом, паркур, триатлоном, фигурным катанием, фехтованием, яхтингом, а также в результате любительского участия в игровых видах спорта, если иное не предусмотрено Договором страхования, кроме, развлечений на воде с использованием буксируемых надувных средств и парашютов, поездок на сегвее, экскурсионного рафтинга, пляжного волейбола, поездок на снегоходах, спуска в пещеры с экскурсией, скандинавская ходьба, велосипедных прогулок (исключая внедорожное катание, катание в горах), тенниса, гольфа, катания на роликах, бега трусцой, рыбалки, скейтбординга, каякинга, трекинга и экскурсионного катания на животных (лошади, верблюды, слоны и тому подобное), экскурсионного катания на яхте (парусный или моторный без управления);

5.1.54. расходы, понесенные в связи с вредом здоровью Застрахованного лица вследствие занятия любым спортом в т.ч. любительским, требующим специального медицинского и/или сертифицированного доступа, в т.ч. но не ограничиваясь плавание с аквалангом (дайвинг и т.п.); спортивный туризм, катанием на лыжах и сноуборде вне пределов оборудованных трасс (фрирайд, хели-ски и т.п.), занятием -авто и -мото спортом, альпинизмом и прочими видами любительского спорта, не поименованными в п.5.1.52 настоящих Полисных условий;

5.1.55. расходы, понесенные в связи с вредом здоровью Застрахованного лица вследствие:

5.1.55.1. полета Застрахованного лица на летательном аппарате, управляемом им, кроме случаев полета в качестве пассажира, оплатившего проезд регулярным авиарейсом или лицензированным чартерным перелетом по установленному маршруту, на самолете гражданской авиации, управляемом профессиональным пилотом;

5.1.55.2. полета Застрахованного лица на безмоторных летательных аппаратах; моторных планерах, суперлегких летательных аппаратах;

5.1.55.3. прыжков с парашютом;

5.1.56. расходы на лечение заболеваний и состояний, являющихся следствием профессиональных заболеваний, вызванных вредным воздействием химических, физических производственных факторов, лазерного излучения, Внезапных острых заболеваний и Несчастных случаев, произошедших во время занятия профессиональной деятельностью, если иное не указано в Договоре страхования.

5.1.57. расходы на поисково-спасательные операции.

5.2. Не покрываются страхованием расходы, связанные с оплатой Срочных сообщений, если произошедшее событие не было признано страховым случаем.

## 6. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ, СТРАХОВОГО ТАРИФА, СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ

6.1. Страховая сумма по Договору страхования по каждому Застрахованному лицу определяется по соглашению сторон.

6.2. По риску «Страхование медицинских и медико-транспортных расходов» Страховая сумма устанавливается в размере, определенном исходя из требований к размеру Страховой суммы, предъявляемых страной временного пребывания туриста, но не менее суммы, эквивалентной двум миллионам рублей по официальному курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному на дату заключения Договора страхования.

6.3. При заключении Договора страхования в отношении нескольких Застрахованных лиц страховая сумма устанавливается отдельно в отношении каждого Застрахованного лица.

6.4. По соглашению сторон Договора страхования Страховая сумма может быть установлена по всем рискам совокупно или отдельно по каждому риску или группе рисков, по каждому Застрахованному лицу или всем Застрахованным лицам совокупно.

В любом случае, Страховая выплата по отдельному риску не может превышать установленную по данному риску в Договоре страхования Страховую сумму, а совокупность всех страховых выплат по Договору страхования по всем рискам не может превышать общую Страховую сумму по Договору страхования.

6.5. Если расходы, возникновение которых является страховым случаем по риску, превышают Страховую сумму, установленную по данному риску в Договоре страхования, то часть расходов, превышающая указанную Страховую сумму, оплачивается Застрахованным лицом самостоятельно.

6.6. В Договоре страхования стороны могут оговорить размер минимального некомпенсируемого Страховщиком убытка – безусловной (вычитаемой) франшизы, при установлении которой во всех случаях возмещаются расходы Застрахованного лица за вычетом суммы франшизы.

6.7. В Договоре страхования стороны могут оговорить размер условной (невывчитаемой) франшизы. Страховщик не несет ответственность за убытки, не превышающие размера франшизы, и обязан возместить расходы Застрахованного лица полностью, если их величина превысила размер условной франшизы.

6.8. Если иное не предусмотрено Договором страхования, заключенным в отношении одного Застрахованного лица, страховая премия по такому Договору страхования подлежит уплате единовременно.

6.9. При оплате Страховой премии наличными денежными средствами днем оплаты считается день внесения Страховой премии в кассу Страховщика или его представителя.

6.10. При безналичном расчете днем оплаты Страховой премии считается день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика.

6.11. Страховая премия по соглашению сторон и в соответствии с законодательством Российской Федерации может устанавливаться как в российских рублях, так и в иностранной валюте. Страховая премия, установленная в иностранной валюте, уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка РФ на день платежа, если иной курс не установлен Договором страхования.

Страховая сумма по соглашению сторон может устанавливаться как в российских рублях, так и в иностранной валюте.

6.12. При расчете Страховой премии Страховщик вправе использовать коэффициенты, экспертно определяемые в зависимости от возраста, срока пребывания за границей, Территории страхования, количества Застрахованных, цели поездки и иных индивидуальных факторов риска.

## 7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Для заключения Договора страхования Страхователь может обратиться к Страховщику либо с письменным заявлением по форме, установленной Страховщиком, либо в устной форме, сообщив Страховщику следующую информацию:

7.1.1. сведения о Страхователе (если Страхователем является физическое лицо – его ФИО, пол, дату рождения, паспортные данные, адрес места жительства, адрес фактического проживания, гражданство, контактные данные (телефон, адрес электронной почты). Если

Страхователем является юридическое лицо - его наименование, основной государственный регистрационный номер (ОГРН), юридический адрес и банковские реквизиты);

7.1.2. сведения о Застрахованном лице (его ФИО, пол, дата рождения, паспортные данные, адрес места жительства, адрес фактического проживания, гражданство, контактные данные (телефон, адрес электронной почты);

7.1.3. сведения о Застрахованной поездке (Страна временного пребывания, дата начала и окончания Застрахованной поездки);

7.1.4. копия заграничного паспорта Застрахованного лица и/ или национального паспорта Застрахованного лица.

7.2. При заключении Договора страхования в отношении нескольких Застрахованных лиц Страхователь прикладывает к заявлению список Застрахованных лиц по форме, установленной Страховщиком.

7.3. Договор страхования заключается путем составления одного документа либо путем вручения Страховщиком (его представителем) Страхователю на основании его устного или письменного заявления страхового полиса.

7.4. Договор страхования может быть заключен в электронной форме. Для заключения Договора страхования в электронной форме Страхователь подает Страховщику заявление о страховании через официальный сайт Страховщика [rsins.ru](http://rsins.ru) путем заполнения формы анкеты-заявления на страхование, которая обязательно включает:

- фамилия, имя, отчество (наименование) на русском языке и в латинской транскрипции (как в заграничном паспорте), дата рождения, адрес, телефон Страхователя и (или) Застрахованного;
- наименование, юридический адрес, телефон, банковские реквизиты (если Страхователь — юридическое лицо, в данном случае к заявлению также прилагается список Застрахованных лиц);
- сроки поездки;
- цель поездки;
- перечень рисков и событий, на предмет которых проводится страхование;
- срок страхования по каждому риску;
- страховая сумма по каждому риску.

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

7.6. Заявление о заключении Договора страхования в электронной форме подписывается Страхователем — физическим лицом простой электронной подписью, а Страхователем — юридическим лицом — усиленной квалифицированной электронной подписью.

7.7. В соответствии с п. 1 ст. 6 Федерального закона № 63-ФЗ от 06.04.2011 «Об электронной подписи», также п. 4 ст. 6.1. Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992, Договор страхования (полис), составленный в виде электронного документа, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, признается Сторонами электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя Страховщика. Направление Страховщику заявления об изменении, досрочном прекращении Договора страхования, уведомления о наступлении Страхового случая, заявления об осуществлении Страховой выплаты также может осуществляться с использованием официального сайта Страховщика, указанного в п.7.4 настоящих Полисных условий.

7.8. При электронном страховании Страхователь оплачивает Страховую премию после ознакомления с условиями, содержащимися в Договоре страхования и настоящих Полисных условиях, подтверждая тем самым свое согласие на заключение Договора страхования на предложенных Страховщиком условиях.

7.9. Факт ознакомления Страхователя с условиями настоящих Полисных условий и Договора страхования может подтверждаться, в том числе, специальными отметками (подтверждениями), предоставляемыми Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика.

7.10. При заключении Договора страхования в форме электронного документа Договор заключается без медицинского обследования Застрахованного.



7.11. Договор страхования заключается на срок, установленный по соглашению сторон, но не более одного года, при этом срок действия Договора страхования устанавливается на срок пребывания Застрахованного лица в Застрахованной поездке, если иное не предусмотрено Договором страхования.

7.12. Договор страхования должен быть заключен до начала Застрахованной поездки, на весь срок Застрахованной поездки и не менее указанного туристом периода его временного пребывания за пределами Страны (Региона) постоянного проживания.

7.13. Договор страхования не может быть заключен при нахождении Застрахованного лица за пределами Страны постоянного проживания, а при поездке по Территории РФ, вне Региона постоянного проживания. Договор страхования вступает в силу, при условии уплаты Страхователем Страховой премии за весь срок действия Договора страхования, с 00 часов дня, указанного в Договоре страхования, в качестве дня начала срока действия Договора страхования, но не ранее даты пересечения Застрахованным лицом границы Страны (Региона) постоянного проживания.

7.14. Если день, указанный в Договоре страхования как день начала срока действия Договора страхования, наступил по местному времени Страны временного пребывания или Региона временного пребывания, то Договор страхования признается Страховщиком вступившим в силу.

7.15. Договор страхования по всем рискам заканчивается в момент пересечения Застрахованным лицом пределов Страны постоянного проживания (Региона постоянного проживания) при возвращении в Страну постоянного проживания (Регион постоянного проживания), но не позднее 24 часов дня, указанного в Договоре страхования как дата окончания срока действия Договора страхования.

7.16. Если Договор страхования предусматривает многократные поездки Застрахованного лица за пределы Страны постоянного проживания (Региона постоянного проживания), то страхование (при каждой поездке) распространяется на каждый период пребывания Застрахованного лица в Застрахованной поездке. При этом совокупное количество дней за весь срок страхования не должно превышать количество дней, указанного в Договоре страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.

7.17. Если медицинские услуги (их часть) были оказаны в зарубежном Медицинском учреждении в связи с Несчастливым случаем, который произошел при выезде за границу во время проезда (перелета, плавания, переезда на поезде) на территории РФ, то эти расходы покрываются Страховщиком.

7.18. Если к моменту окончания срока действия Договора страхования возвращение Застрахованного из Страны временного пребывания было отложено в связи с невозможностью покинуть Страну временного пребывания по независящим от Застрахованного лица причинам (климатические условия, поломка авиационного борта и тому подобное), то действие Договора страхования в отношении страхового риска «Медицинские и медико-транспортные расходы» продлевается на дополнительные 72 (семьдесят два) часа, которые начинают течь с 00 часов даты, следующей за датой, указанной в Договоре страхования, как дата окончания действия Договора страхования. Факт невозможности Застрахованного лица покинуть Страну временного пребывания должен быть документально подтвержден компетентными органами (авиакомпания, Медицинское учреждение и так далее).

7.19. Если к моменту окончания срока действия Договора страхования возвращение Застрахованного лица из Страны временного пребывания, на которое осуществлялось страхование, невозможно в связи с наступлением страхового случая (заболевания, травмы и т.п.) с последующей госпитализацией, эвакуацией или репатриацией, что подтверждается соответствующими документами, Страховщик выполняет свои обязанности согласно Договору страхования, связанные с данным страховым случаем, до момента прекращения таких обстоятельств.

7.20. Договор страхования прекращается полностью или в отношении отдельного Застрахованного лица (если Договор страхования заключен в отношении нескольких Застрахованных лиц) по следующим основаниям:

7.21. в связи с окончанием срока действия Договора страхования;

7.22. выполнение Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме или в отношении отдельного Застрахованного лица соответственно;

- 7.23. при отказе Страхователя от Договора страхования. Досрочное расторжение Договора страхования при отказе Страхователя от Договора страхования производится на основании письменного заявления Страхователя с приложением к нему оригинала (или копии) Договора страхования. Договор страхования считается расторгнутым с 00 часов 00 минут дня, указанного в заявлении, но не ранее 00 часов 00 минут дня, следующего за днем получения в адрес Страховщика заявления Страхователя. Если дата досрочного расторжения Договора страхования в заявлении Страхователя не указана, Договор страхования считается расторгнутым с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем поступления в адрес Страховщика заявления.
- 7.24. по соглашению сторон Договора страхования;
- 7.25. в случае смерти Страхователя (Застрахованного лица) физического лица;
- 7.26. при ликвидации Страхователя юридического лица, кроме случаев замены Страхователя в Договоре страхования при его реорганизации (слиянии, присоединении, разделении, выделении, преобразовании);
- 7.27. в случае признания Договора страхования недействительным по решению суда;
- 7.28. если возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем Страховой случай.
- 7.29. 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.
- 7.30. При отказе Страхователя от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения, при отсутствии в данном периоде Страховых случаев, уплаченная Страховая премия подлежит возврату Страховщиком.
- 7.31. При досрочном отказе Страхователя от Договора страхования в иных случаях, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату.
- 7.32. При страховании в эквиваленте иностранной валюты, в случае досрочного расторжения (прекращения) Договора страхования полностью или частично и возврата части Страховой премии за не истекший срок действия Договора страхования, расчет производится в рублях по официальному курсу Банка России, установленному для данной валюты на дату заключения Договора страхования.
- 7.33. Подлежащая возврату премия возвращается в течение срока, указанного в Договоре страхования, но не более 10 рабочих дней считая от даты подписания соглашения о досрочном расторжении Договора страхования в письменной форме.
- 7.34. В период действия Договора страхования Страхователь обязан незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными изменениях в информации, указанной в Договоре страхования.
- 7.35. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной Страховой премии соразмерно увеличению риска.  
Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты Страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования.
- 7.36. Страховщик не вправе требовать расторжения Договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.
- 7.37. Изменение условий Договора страхования возможно по соглашению сторон, при существенном изменении обстоятельств, из которых стороны исходили при заключении Договора страхования. Изменение обстоятельства признается существенным, когда они изменились настолько, что, если бы стороны могли это разумно предвидеть, договор вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях.
- 7.38. Соглашение об изменении или о расторжении Договора страхования совершается в письменной форме и подписывается сторонами.

## 8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страхователь имеет право:

8.1.1. получить дубликат Договора страхования в случае его утраты (заверенную Страховщиком копию);

8.1.2. отказаться в любое время от Договора страхования, если возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

8.1.3. получить информацию о Страховщике в соответствии с законодательством Российской Федерации;

8.1.4. потребовать проведения независимой экспертизы в целях наиболее точного установления причин Страхового случая, а также размера возникших в связи с этим убытков.

Независимая экспертиза проводится экспертом (экспертной комиссией), назначенным (назначенной) по согласованию сторон. Экспертиза проводится за счет стороны, потребовавшей ее проведения. В случае если результатами экспертизы будет установлено, что отказ Страховщика в осуществлении Страховой выплаты был не обоснованным, Страховщик принимает на себя долю расходов по экспертизе, соответствующую соотношению суммы, в выплате которой первоначально отказано, и суммы выплаченной после проведения экспертизы. Если Страхователь потребовал проведения экспертизы, то расходы на ее проведение по случаям, признанным после ее проведения нестраховыми, относятся на счет Страхователя.

8.2. Застрахованное лицо имеет право:

8.2.1. на получение информации о Страховщике в объеме, на условиях и в порядке, предусмотренных в законодательстве Российской Федерации;

8.2.2. на получение консультаций Страховщика об условиях Полисных условий, Договора страхования.

8.2.3. при невозможности связаться с Сервисной компанией и Страховщиком самостоятельно обратиться непосредственно в ближайшее Медицинское учреждение, предъявив при этом Договор страхования.

8.3. Страховщик имеет право:

8.3.1. проверять полноту и достоверность информации, сообщаемой Страхователем (Застрахованным лицом), любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;

8.3.2. запрашивать у Страхователя (Застрахованного лица) информацию, имеющую значение для установления факта Страхового случая и размера Страховых выплат;

8.3.3. проверять выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) положений Договора страхования и Полисных условий;

8.3.4. в порядке, установленном законодательством РФ и законодательством Страны временного пребывания, запросить в уполномоченных государственных органах и Медицинских учреждениях, у юридических и физических лиц документы, необходимые для рассмотрения события и признания его Страховым случаем;

8.3.5. отсрочить принятие решения о Страховой выплате, в случаях, установленных Полисными условиями;

8.3.6. отказать в Страховой выплате в случаях и в порядке, определенных Полисными условиями, письменно известив об этом Застрахованное лицо/Выгодоприобретателя;

8.3.7. требовать передачи всех документов и доказательств и сообщения всех сведений, необходимых для осуществления Страховщиком перешедшего к нему права требования к лицу, ответственному за убытки, возмещенные Страховщиком;

8.3.8. самостоятельно выяснять причины и обстоятельства Страхового случая, размер убытка;

8.3.9. проводить медицинское освидетельствование Застрахованного лица Специалистом Страховщика;

8.3.10. произвести Страховую выплату без документов компетентных органов, подтверждающих факт наступления страхового случая, если размер ущерба не превышает 5% (пяти процентов) от Страховой суммы по страховому риску;

8.3.11. вычесть из суммы возмещения расходов Застрахованного лица стоимость неиспользованных проездных документов, не возвращенных Застрахованным лицом при наступлении событий, указанных в п.п. 4.3.1.3, 4.3.1.7 настоящих Полисных условий;

8.3.12. рекомендовать в исключительных или спорных случаях Застрахованному лицу посредством Сервисной компании самостоятельно обратиться в официальное лицензированное Медицинское учреждение за необходимой помощью за счет Застрахованного лица с сохранением

всех документов по событию, имеющему признаки Страхового события и последующим обращением к страховщику за Страховой выплатой;

8.3.13. осуществлять иные действия в порядке исполнения положений Полисных условий и Договора страхования.

8.3.14. потребовать, чтобы передаваемые в его адрес документы на иностранном языке были переведены на русский язык, а при необходимости и нотариально заверены. Расходы на перевод документов и их заверение Страховщиком не возмещаются.

8.4. Страховщик обязан:

8.4.1. ознакомить Страхователя с Полисными условиями и условиями Договора страхования;

8.4.2. при наступлении Страхового случая произвести Страховую выплату в порядке и сроки, определенные Договором страхования, Полисными условиями или отказать в Страховой выплате, письменно обосновав отказ, или отсрочить Страховую выплату, письменно обосновав отсрочку;

8.4.3. не разглашать сведения о Страхователе, его здоровье и имущественном положении, если это не вступит в противоречие с законодательными актами Российской Федерации.

8.5. Страхователь обязан:

8.5.1. при заключении Договора страхования в отношении лиц и объектов страхования, застрахованных по Договору страхования, с другим страховщиком, незамедлительно информировать об этом Страховщика.

8.5.2. уплачивать Страховую премию в размере и в сроки, определенные Договором страхования;

8.5.3. в письменном виде сообщать Страховщику об изменениях, дополнениях или уточнениях, которые необходимо внести в условия Договора страхования, в том числе о персональных данных Страхователя и Застрахованного лица;

8.5.4. доводить до сведения Застрахованных лиц информацию об условиях Договора страхования, Полисных условий;

8.5.5. исполнять иные обязанности, предусмотренные Полисными условиями, Договором страхования.

8.6. Застрахованное лицо обязано:

8.6.1. обеспечить сохранность Договора страхования;

8.6.2. при наступлении события, которое по условиям Договора страхования может быть признано страховым случаем:

8.6.2.1. незамедлительно, при первой же возможности, если иное не указано в Договоре страхования, по телефонам, указанным в Договоре страхования, обратиться в Сервисную компанию или к Страховщику и сообщить следующую информацию:

8.6.2.1.1. фамилию и имя Застрахованного лица;

8.6.2.1.2. номер Договора страхования;

8.6.2.1.3. подробное описание обстоятельств произошедшего события;

8.6.2.1.4. местонахождение Застрахованного лица;

8.6.2.1.5. контактный телефон.

8.6.2.2. выполнять рекомендации Сервисной компании и/или Страховщика;

8.6.2.3. соблюдать предписания лечащего Врача, полученные в ходе оказания медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный Медицинским учреждением;

8.6.2.4. предпринять все необходимые меры по уменьшению убытков;

8.6.2.5. предоставить запрашиваемую Сервисной компанией и Страховщиком информацию и документы, в том числе копии загранпаспортов, медицинских документов по лечению, проездных документов, квитанций по прокату транспортного средства, актов компетентных органов, письменные разъяснения, письменный отказ от организованных услуг. В случае неисполнения указанных обязательств без объективных причин, Страховщик может отказать в дальнейшей организации Медицинской помощи.

8.6.2.6. передать Страховщику все документы и доказательства, необходимые для осуществления Страховщиком требований, которые Застрахованное лицо имеет к лицу, ответственному за убытки, возмещенные Страховщиком;

8.6.2.7. предоставлять Страховщику/Сервисной компании по их требованию письменное разрешение на получение информации в Медицинских и иных учреждениях и содействовать в ее получении.

8.6.2.8. не принимать на себя никаких обязательств в отношении ответственности по любым выплатам за исключением тех, которые согласованы с Сервисной компанией;

8.6.2.9. при заключении Договора страхования освободить врачей медицинских учреждений от обязательств сохранять врачебную тайну перед Страховщиком в части, касающейся страхового случая и согласиться на предоставление Страховщику и/или Сервисной компании медицинских документов о состоянии его здоровья, о проводимом лечении;

8.6.2.10. не препятствовать свободному доступу представителей Страховщика и/или Сервисной компании к Застрахованному лицу для освидетельствования его состояния, в противном случае Застрахованное лицо лишается права на оплату медицинских расходов;

8.6.2.11. при невозможности связаться с представителем Страховщика или Сервисной компанией до консультации с Врачом или отправки в Медицинское учреждение Застрахованное лицо должно сделать это при первой возможности, если в Договоре страхования не предусмотрено обязательное обращение в Сервисную компанию. В любом случае при госпитализации или обращении к Врачу Застрахованное лицо должно предъявить медицинскому персоналу Договор страхования для дальнейшего согласования своих действий со Страховщиком посредством Сервисной компании.

## 9. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ И ВОЗМЕЩЕНИЯ РАСХОДОВ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

9.1. При наступлении события, которое имеет признаки Страхового случая, либо может повлечь расходы, которые могут быть признаны страховым случаем, Застрахованное лицо незамедлительно обращается в Сервисную компанию или к Страховщику, предоставляя информацию, указанную в п. 8.6.2.1. настоящих Полисных условий. Страховая выплата по Договору страхования осуществляется путем оплаты Страховщиком или Сервисной компанией счетов, выставляемых Медицинскими учреждениями и иными организациями за оказанные Застрахованному лицу медицинские, транспортные и иные услуги, предусмотренные Полисными условиями и Договором страхования. Расходы, оплаченные Сервисной компанией, возмещаются Страховщиком в соответствии с договорами, заключенными между Страховщиком и Сервисной компанией.

9.2. Если Застрахованное лицо понесло расходы, являющиеся страховым случаем, самостоятельно, то Страховая выплата осуществляется путем возмещения Страховщиком Застрахованному лицу понесенным им расходов.

9.3. Если Застрахованное лицо понесло расходы, являющиеся страховым случаем, самостоятельно, оно должно при возвращении из Застрахованной поездки в письменной форме заявить Страховщику о страховом случае, представить копии договора страхования, и документы, предусмотренные Полисными условиями.

9.3.1. При наступлении страхового случая по риску «Страхование медицинских и медико-транспортных расходов»:

- заявление (установленной формы) о страховом случае с обоснованием причин не обращения в Сервисную компанию;
- если Застрахованное лицо является несовершеннолетним, то документ его законного представителя, оплатившего расходы;
- оригиналы оплаченных счетов из Медицинских и/или иных учреждений (на фирменном бланке или с соответствующим штампом) с указанием фамилии Застрахованного лица, диагноза, даты обращения за Медицинской помощью, продолжительности лечения, с перечнем оказанных услуг с разбивкой их по датам и стоимости, с итоговой суммой к оплате;
- оригиналы медицинских документов, с указанием адреса и контактных данных Медицинского учреждения и Врача, содержащие сведения о дате обращения, состоянии здоровья в момент обращения, анамнезе заболевания (времени появления первых жалоб, симптомов, начале лечения), диагнозе, о проведенных медицинских манипуляциях и

- предоставленных медикаментов (счет и медицинский отчет могут быть объединены в один документ);
- оригиналы выписанных Врачом в связи с заболеванием Застрахованного лица Рецептов со штампом аптеки и указанием стоимости каждого приобретенного медикамента; перевязочных средств, средств фиксации, аптечные счета, чеки об оплате, содержащие наименования медикаментов;
  - оригинал направления, выданного Врачом, на прохождение лабораторных исследований и счет лаборатории с разбивкой по датам, наименованиям и стоимости оказанных услуг;
  - документы, подтверждающие факт оплаты за лечение, медикаменты и прочие услуги (штамп об оплате, расписка в получении денег или подтверждение банка о перечислении суммы), содержащие сумму, наименование валюты, дату и способ платежа.
  - по требованию Страховщика документы из компетентных органов, службы спасения, подтверждающие факт и обстоятельства наступления события, в том числе протоколы, справки, акты с указанием даты, обстоятельств и причин происшествия, виновных лиц при их наличии, документ об аренде транспортного средства;
  - В случае травмы (травматических повреждений), по требованию Страховщика в период Застрахованной поездки, фотографии Застрахованного лица, подтверждающие факт и объем полученных повреждений, в т.ч. в течение лечения.
  - Документы, подтверждающие факт и длительность поездки или всех поездок в период страхования (копия заграничного паспорта Застрахованного лица, страницы с отметками пограничных служб за весь период страхования, а при поездках, где границы РФ не пересекаются, проездные документы и/или документы по оплате проживания);
  - проездные документы на оплату такси или медицинского транспорта от и до медицинского учреждения, если такая поездка принята Застрахованным лицом с целью получения Медицинской помощи;
  - банковские реквизиты Выгодоприобретателя-документ, подтверждающий личность Выгодоприобретателя (паспорт РФ или паспорт страны, гражданином которой Выгодоприобретатель (страницы с ФИО и местом регистрации);
  - если Застрахованным лицом является несовершеннолетний, документ, подтверждающий личность и полномочия законного представителя (свидетельство о рождении; документ о назначении опекуном и т.п. и копия общегражданского паспорта представителя: страницы с ФИО и местом регистрации);
  - при посмертной репатриации:
    - свидетельство о смерти Застрахованного лица, заключение о причине смерти, документы подтверждающие перечень, стоимость и оплату расходов (платежные документы с расшифровкой) похоронного бюро и/или транспортных служб, в т.ч. по подготовке и перевозке и таможенного оформления груза 200 (человеческих останков в гробах и урнах);
    - свидетельство о праве на наследство, гражданские паспорта наследников (страница с ФИО и регистрацией по месту постоянного проживания);
  - оригиналы оплаченных счетов на размещение в гостинице;
  - документы, подтверждающие проезд общественным транспортом;
  - документы, подтверждающие факт сдачи неиспользованных билетов;
  - при Медицинской транспортировке, Медицинской эвакуации, Медицинской репатриации: документы, подтверждающие маршрут, время работы и стоимость медицинской транспортировки; скорой медицинской помощи; врача медицинского сопровождения (счет, расшифровка к счету, маршрутный лист, карта вызова скорой медицинской помощи, медицинский отчет о сопровождении пациента при транспортировке, чеки об оплате услуг).

### 9.3.2. При возмещении расходов на оплату Срочных сообщений:

- заявление (в произвольной форме) о возмещении расходов;
- документы Медицинских учреждений, подтверждающие наступление с Застрахованным лицом Несчастливого случая, Внезапного острого заболевания, Обострения Хронического заболевания, Травмы, Отравления или смерти Застрахованного лица;
- выписку и/или оригинал счета на оплату телекоммуникационных услуг с подтверждением их оплаты.

## 10. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА УЩЕРБА. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.

10.1. Размер причиненного Страхователю ущерба и размер Страховой выплаты определяется Страховщиком на основании заявления о страховом случае и документов, предоставленных Застрахованным лицом, указанных в разделе 9 настоящих Полисных условий, а также документов, полученных Страховщиком от правоохранительных органов, служб (пожарные, аварийные и другие службы), Медицинских учреждений, юридических и физических лиц.

10.2. Размер Страховой выплаты устанавливается с учетом вида и размера франшизы, предусмотренной Договором страхования.

10.3. Страховая выплата осуществляется путем возмещения Застрахованному лицу понесенных им расходов либо оплатой услуг и расходов, понесенных Сервисной компанией в связи с наступлением страхового случая.

При этом Страховая выплата Застрахованному лицу производится только в том случае, если оно согласовало расходы со Страховщиком или его представителем (Сервисной компанией), однако, в случаях, угрожающих жизни Застрахованного лица, расходы, понесенные Застрахованным лицом на лечение в Медицинском учреждении без согласования со Страховщиком или его представителем (Сервисной компанией), выплачиваются при условии предоставления всех необходимых документов, связанных с наступлением Страхового случая по возвращению Застрахованного лица из Застрахованной поездки.

10.4. Принятие решения о Страховой выплате может быть отсрочено Страховщиком в следующих случаях:

10.4.1. если подлинность представленных документов вызывает сомнение и Страховщиком путем запросов проводится проверка – до окончания проверки;

10.4.2. по фактам, связанным с наступлением Страхового случая возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс - до окончания расследования или судебного разбирательства;

10.4.3. возникновение сомнений в правомочности Застрахованного лица или Выгодоприобретателя на получение Страховой выплаты – до тех пор, пока не будут представлены необходимые доказательства;

10.4.4. если Застрахованное лицо потребовало проведения экспертизы - до получения заключения эксперта (экспертной комиссии).

10.5. Страховщик имеет право отсрочить принятие решения о Страховой выплате до получения полной информации о Страховом событии и подтверждающих документов о нем, если Страховщик считает, что приложенных к заявлению документов недостаточно для принятия обоснованного решения о производстве страховой выплаты. В этом случае он может запросить другие недостающие документы, при этом срок рассмотрения заявления откладывается на время, необходимое для получения дополнительных документов.

10.6. При отсрочке принятия решения о Страховой выплате Страховщик уведомляет Страхователя об этом с изложением причин отсрочки в течение 10 (десяти) календарных дней со дня принятия решения об отсрочке.

10.7. Страховая выплата по риску «Страхование медицинских и медико-транспортных расходов», осуществляется в размере стоимости услуг, предусмотренных в п. 4.3.1. настоящих Полисных условий.

10.7.1. В случае если при купировании острого состояния (оказании Экстренной или Неотложной медицинской помощи) были проведены операции, связанные с реконструктивным лечением, высокотехнологичным лечением, трансплантацией (кроме кожи при обширных ожогах), эндопротезированием, протезированием, нейрохирургическим (клипирование внутримозговых аневризм) и кардиохирургическим, баллонной ангиопластикой коронарных артерий, аортокоронарным шунтированием, установкой коронарного стента, имплантацией электрокардиостимулятора, а счет за госпитализацию не содержит отдельной стоимости услуги, счет оплачивается в размере 50% от указанной в нем суммы.

10.7.2. В случае, если при госпитализации наряду с купированием острого состояния (оказание Экстренной или Неотложной медицинской помощи по Страховому случаю) осуществлялась диагностика, лечение сопутствующей, хронической патологии не требующей

неотложной помощи, а счет не содержит отдельной стоимости услуг, счет подлежит оплате в размере 50% от указанной в нем суммы, либо, если это возможно определить из медицинских документов, только за те койко-дни, в которые осуществлялось купирование острого состояния (оказание Экстренной или Неотложной медицинской помощи по Страховому случаю).

10.8. Возмещение расходов на оплату Срочных сообщений осуществляется в размере понесенных Застрахованным лицом расходов на оплату стоимости телекоммуникационных услуг, предусмотренных п.4.3.4 настоящих Полисных условий, на основании подтверждающих документов, полученных от провайдеров мобильной и/или интернет связи, а так же на основании счета полученного в гостинице с расшифровкой произведенных расходов.

10.9. В течение 10 (десяти) рабочих дней следующих за датой получения Страховщиком заявления о наступлении Страхового события и всех необходимых документов, предусмотренных Полисными условиями, а также документов, запрошенных Страховщиком самостоятельно в соответствии с п. 8.3.4. настоящих Полисных условий, Страховщик обязан принять решение об осуществлении Страховой выплаты и сообщить о своем решении Выгодоприобретателю.

10.10. Страховщик производит Страховую выплату в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты, следующей за датой принятия им решения об осуществлении Страховой выплаты. Днем Страховой выплаты считается день списания средств с расчетного счета Страховщика.

10.11. При страховании с применением валютного эквивалента Страховая выплата осуществляется в российских рублях по курсу Банк России, установленному для валюты, в которой выражена страховая сумма (валюта страхования), на дату Страхового случая, если иное не предусмотрено Договором страхования, но не более максимального курса для выплат, под которым понимается курс валюты страхования, установленный Банком России на дату заключения Договора страхования, увеличенный на 1% (Один процент) за каждый месяц (в том числе неполный), прошедший с даты заключения Договора страхования. При этом сумма всех выплат по Договору страхования в российских рублях не может превышать страховую сумму, умноженную на курс валюты страхования, установленный Банком России на дату заключения Договора страхования.

## 11. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

11.1. Страховщик вправе отказать в осуществлении Страховой выплаты, если Страховой случай наступил в результате:

11.1.1. умышленного действия/бездействия Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя, направленного на наступление страхового случая;

11.1.2. совершения Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем умышленного преступления или противоправного действия, находящегося в прямой связи со страховым случаем;

11.1.3. воздействия ядерного взрыва, радиации, радиоактивного или иного вида поражения вследствие применения оружия массового поражения и их последствия;

11.1.4. военных действий, гражданской войны, забастовок, мятежей, народных восстаний, диверсий, гражданских волнений, массовых беспорядков и прочих подобных событий, с или без участия в них Застрахованного лица;

11.1.5. изъятия, конфискации, национализации, реквизиции, ареста или уничтожения застрахованного имущества по распоряжению государственных органов и иных аналогичных мер политического характера, предпринятых по распоряжению военных или гражданских властей и политических организаций;

11.1.6. террористического акта и/или терроризма, действий по контролированию, предупреждению, подавлению или любыми другими действиями, относящимися к террористическому акту и/или терроризму; актов насилия или актов, опасных для человеческой жизни, материальной и нематериальной собственности с целью или желанием повлиять на любое правительство или с целью запугивания населения или какой-либо прослойки населения

11.2. Страховщик вправе отказать в Страховой выплате, если Застрахованное лицо или его представитель:

11.2.1. своевременно не известил Страховщика или его представителя (Сервисную компанию) о страховом случае, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о



наступлении страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое возмещение;

11.2.2. не предоставил все необходимые документы для принятия решения об осуществлении Страховой выплаты;

11.2.3. сообщило Страховщику заведомо ложные сведения о своем здоровье и/или об объеме и стоимости оказанных медицинских услуг, при наступлении страхового случая.

11.2.4. отказалось пройти обследование для оценки его фактического состояния и/или отказалось дать согласие на предоставление Страховщику информации о состоянии его здоровья.

11.2.5. предоставило Страховщику документы с заведомо ложной информацией, касающейся состояния здоровья Застрахованного лица или оказанных ему медицинских и связанных с ними услуг;

11.3. Страховщик не возмещает любые расходы, которые отдельно не оговариваются в Договоре страхования.

11.4. По Договору страхования, заключенному в соответствии с настоящими Полисными условиями не подлежит возмещению моральный ущерб.

11.5. Решение об отказе в выплате страхового возмещения сообщается Страхователю в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа в течение 10 рабочих дней после получения всех необходимых документов в соответствии с требованиями раздела 8 Полисных условий.

11.6. Отказ Страховщика произвести Страховую выплату может быть обжалован Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) в соответствии с действующим законодательством РФ.

## 12. ФОРС-МАЖОР

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

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

12.3. Возможное неисполнение обязательств по Договору страхования должно находиться в непосредственной причинной связи с указанными в настоящем подпункте обстоятельствами.

12.4. Сторона Договора страхования, для которой создалась невозможность исполнения обязательств, обязана в разумные сроки с момента наступления вышеуказанных обстоятельств в письменной форме уведомить другую сторону о наступлении и предполагаемом сроке их действия.

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

## 13. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.

13.1. Все споры по Договору страхования между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным лицом) разрешаются по взаимному соглашению сторон Договора страхования.

13.2. В случае, если стороны Договора страхования не пришли к соглашению, все споры передаются на рассмотрение суда общей юрисдикции по месту по выбору истца.

13.3. Право на предъявление претензий к Страховщику о Страховой выплате по Договору страхования сохраняется в течение срока исковой давности, установленного законодательством Российской Федерации.

## **Дополнительные условия страхования «Причинение вреда здоровью, а также смерть Застрахованного лица в результате Несчастного случая»**

1. Настоящие Дополнительные условия страхования «Причинения вреда здоровью, а также смерть Застрахованного лица в результате Несчастного случая» (далее – Дополнительные условия) разработаны в соответствии с действующим законодательством как дополнительные условия к Полисным условиям страхования жизни и здоровья путешественников (далее – Полисные условия) по отношению к конкретному типу (виду) Договоров страхования, заключаемых на основе настоящих Дополнительных условий, и отражают существенные условия страхования, а именно: субъекты и объекты страхования, перечень страховых случаев, срок действия Договора страхования, порядок определения размера страховой выплаты, иные положения, - в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации. Дополнительные условия страхования прилагаются к Договору страхования и являются его неотъемлемой частью.

Термины и определения, применяемые к страхованию по настоящим Дополнительным условиям:

- 1.1. «Дорожно-транспортное происшествие (ДТП)» - событие, возникшее в процессе движения по дороге транспортного средства и с его участием, при котором погибли или ранены люди.
- 1.2. «Заболевание» - любое нарушение состояния здоровья Застрахованного лица, не вызванное Несчастливым случаем, диагностированное Врачом на основании объективных симптомов в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра (далее - МКБ-10), за исключением разделов: М 84.0-М84.2; S00-T98; V01-Y39.
- 1.3. «Несчастный случай» – произошедшее в период действия Договора страхования, внезапное, кратковременное, непредвиденное, внешнее по отношению к Застрахованному лицу событие, характер, время и место которого могут быть однозначно определены, повлекшее за собой Травму или Инвалидность или Смерть Застрахованного лица, и не являющееся следствием Заболевания (в т.ч. психических) или медицинских манипуляций. Не являются Несчастливым случаем остро возникшие или хронические Заболевания и их осложнения (как ранее диагностированные, так и впервые выявленные), в том числе спровоцированные воздействием внешних факторов, включая, но не ограничиваясь: инфаркт миокарда, инсульт, аневризмы (или разрывы аневризмы), опухоли, функциональная недостаточность органов, аллергические реакции.
- 1.4. «Опьянение» – состояние организма, вызванное приёмом алкоголя, его заменителей, психотропных, токсических или наркотических веществ в любых количествах (за исключением принятия лекарственных средств в строгом соответствии с назначением врача).
- 1.5. «Инвалидность» – установление Застрахованному лицу впервые и на срок не менее 1-го (одного) года 1-й (первой) или 2-й (второй) группы инвалидности в соответствии с законодательством Российской Федерации (Правилами признания лица инвалидом, стандартами Медико-социальной экспертизы (далее «МСЭ»)).  
При этом инвалидность 1-й (первой) или 2-й (второй) группы считается установленной впервые в том случае, если в Справке МСЭ прямо указано на факт установления инвалидности 1-й (первой) или 2-й (второй) группы впервые, либо в справке МСЭ указано на факт установления инвалидности 1-й (первой) или 2-й (второй) группы повторно, и при этом Застрахованному лицу ранее, в течение Срока страхования, была установлена инвалидность 3-й (третьей) группы впервые. Во всех иных случаях, при условии, что в Справке МСЭ указано на факт установления инвалидности повторно,

инвалидность 1-й (первой) или 2-й (второй) группы считается установленной повторно и не отвечает определению «Инвалидность», если иное не установлено Договором страхования.

- 1.6. «Смерть» – прекращение физиологических функций организма, поддерживающих его жизнедеятельность, подтвержденное официальным свидетельством о смерти, выданным отделом ЗАГС или иным уполномоченным на то государственным органом.
- 1.7. «Телесное повреждение» – нарушение физической целостности организма, повреждение органов, травма, увечье, явившиеся прямым следствием Несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом в течение Срока страхования, и предусмотренные Таблицей размеров Страховой выплаты.
- 1.8. «Территория страхования» - указанная в страховом полисе Страна (Страны) временного пребывания, за исключением РФ.

## 2. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

2.1. По Договору страхования могут быть застрахованы следующие основные Страховые риски:

- 2.1.1. «Смерть в результате Несчастного случая, произошедшего в срок страхования на Территории страхования» - причинение вреда жизни и здоровью Застрахованного лица в результате Несчастного случая, повлекшее Смерть Застрахованного лица;
- 2.1.2. «Инвалидность в результате Несчастного случая, произошедшего в срок страхования на Территории страхования» - причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате Несчастного случая, повлекшее установление данному лицу Инвалидности.
- 2.1.3. «Телесное повреждение Застрахованного лица в результате Несчастного случая, произошедшего в срок страхования на Территории страхования» - причинение Телесного повреждения Застрахованному лицу в результате Несчастного случая, предусмотренного Таблицей размеров страховой выплаты настоящих Дополнительных условий.

2.2. Страховыми случаями признаются следующие Страховые события, указанные в Договоре страхования, произошедшие с Застрахованным лицом в течение Срока страхования на Территории страхования, указанной в Договоре страхования, не относящиеся к исключениям, то есть к тем Страховым событиям, которые в соответствии с разделом 3 настоящих Дополнительных условий не могут являться Страховыми случаями:

2.2.1. по риску «Смерть в результате Несчастного случая» - Несчастный случай, произошедший в течение Срока страхования, установленного Договором страхования, повлекший Смерть Застрахованного лица, при условии, что Смерть наступила в течение 1 (одного) года, исчисляемого с даты наступления этого Несчастного случая, и явилась прямым следствием этого Несчастного случая. Датой Страхового случая является дата Несчастного случая;

2.2.2. по риску «Инвалидность в результате Несчастного случая» - Инвалидность Застрахованного лица в результате Несчастного случая, при условии, что Несчастный случай, явившийся причиной Инвалидности, наступил в течение Срока страхования, а решение МСЭ об установлении Застрахованному лицу Инвалидности 1 (первой) или 2 (второй) группы принято в течение 1 (одного) года, исчисляемого с даты наступления этого Несчастного случая. Датой Страхового случая является дата наступления Несчастного случая.

2.2.3. по риску «Телесное повреждение Застрахованного лица в результате Несчастного случая, произошедшего в срок страхования на Территории страхования» причинение Застрахованному лицу Телесных повреждений в результате Несчастного случая, при условии, что Телесные повреждения диагностированы в течение Срока страхования на Территории страхования, и Несчастный случай, повлекший Телесные повреждения, произошел в течение Срока страхования на Территории страхования, и доказано, что указанное Телесное повреждение

явилось прямым следствием этого Несчастного случая. Датой Страхового случая является дата наступления Несчастного случая, повлекшего Телесные повреждения.

Причинение Телесных повреждений признается Страховым случаем только при отсутствии события, указанного в пункте 2.2.1. Полисных условий, наступившего в течение 5 (пяти) дней после наступления Несчастного случая, вызвавшего Телесные повреждения Застрахованного лица.

### 3. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

3.1. Страховая сумма по Страховым событиям, указанным в п. 2.2.1., 2.2.2., 2.2.3 настоящих Дополнительных условий устанавливается совокупно.

3.2. Страховая премия по Договору страхования уплачивается на счет Страховщика по реквизитам, указанным в Договоре страхования, в срок, определенный Договором страхования.

### 4. ИСКЛЮЧЕНИЯ

4.1. Страховые события, указанные в п. 2.2. настоящих Дополнительных условий, не являются Страховыми случаями, если они произошли в результате:

4.1.1. участия Застрахованного лица в военных действиях и/или вооруженных столкновениях;

4.1.2. отравления Застрахованного лица алкоголем, наркотическими или токсическими веществами, неизвестным ядом, психотропными или галлюциногенными веществами, неустановленным веществом или медицинским препаратом, не назначенным надлежащим образом врачом;

4.1.3. действия/ бездействия Застрахованного лица, находившегося в состоянии Опьянения, если такое опьянение наступило в результате употребления Застрахованным лицом алкоголя, любых заменителей алкоголя, наркотических, психотропных и токсических веществ, а также в результате заболевания, вызванного употреблением алкоголя, наркотических или токсических веществ или медицинских препаратов, не назначенных надлежащим образом врачом;

4.1.4. управления Застрахованным лицом любым транспортным средством без документа на право управления транспортным средством соответствующей категории (водительского удостоверения), либо без временного разрешения на право управления транспортным средством, когда наличие водительского удостоверения либо временного разрешения обязательны; либо передача управления транспортным средством лицу, не имеющему документа на право управления транспортным средством соответствующей категории; либо управления Застрахованным лицом транспортным средством в состоянии Опьянения; или передачи Застрахованным лицом управления транспортным средством другому лицу, находящемуся в состоянии Опьянения;

4.1.5. Несчастного случая, прямо или косвенно вызванного психическим заболеванием Застрахованного лица, эпилептическим припадком или судорожным синдромом, если они не явились следствием Несчастного случая, произошедшего в течение Срока страхования;

4.1.6. Несчастного случая, произошедшего до даты заключения Договора страхования;

4.1.7. случаев Смерти, при которых фоновым или конкурирующим или сочетанным заболеванием указаны алкогольная/наркотическая интоксикация, абстинентные или судорожные синдромы;

4.1.8. случаев занятия любыми видами спорта, если занятия спортом дополнительно не предусмотрены Договором страхования по риску «Медицинские и медико-транспортные расходы»;

4.1.9. остро возникшие или хронические Заболевания и их осложнений (как ранее диагностированные, так и впервые выявленные в течение срока страхования);

4.1.10 Несчастный случай и/или Телесное повреждение произошедшее вне Территории страхования;

4.2. Не являются Страховым случаем по п.п. 2.2.3 Дополнительных условий:

4.2.1. Телесные повреждения не указанные в Таблице размеров страховой выплаты, либо не соответствующие условиям, указанным в примечаниях Таблицы размеров страховой выплаты.

4.2.2. последствия застарелых повреждений, привычные вывихи, рецидивы и/или повторные вывихи/подвывихи, повторные переломы (рефрактуры), патологические переломы, переломы костей при сопутствующих или фоновых заболеваниях: выраженный остеопороз (3-4 ст.) или хронический остеомиелит (кроме переломов, полученных в ДТП, при чрезвычайных ситуациях, противоправных действиях третьих лиц), переломы, не подтвержденные рентгенологическим и/или КТ (МРТ) исследованием (если иное не оговорено статьями Таблицы), перелом кости с имеющимся эндопротезом, перелом части кости в частично ампутированной конечности, а также повреждения, которые не могут быть идентифицированы по месту и времени их получения\возникновения по имеющимся медицинским документам.

## 5. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

5.1. При наступлении Страхового случая по Страховым событиям, указанным в п. 2.2.1, 2.2.2, настоящих Дополнительных условий, и при выполнении Страхователем и/или Выгодоприобретателем обязанностей, указанных в п.5.4 настоящих Дополнительных условий, Страховщик производит Страховую выплату Выгодоприобретателю в размере 100 % Страховой суммы, установленной в Договоре страхования по указанным Страховым событиям.

5.2. При наступлении Страхового случая по Страховому событию, указанному в п.2.2.3 настоящих Дополнительных условий, Страховщик производит Страховую выплату одновременно в размере, предусмотренном Таблицей размеров страхового обеспечения по Страховому риску «Телесные повреждения в результате Несчастливого случая». При этом, общая сумма Страховых выплат по данному Страховому риску не может превышать 100 % Страховой суммы.

Таблица размеров страховой выплаты по Страховому риску «Телесные повреждения в результате Несчастливого случая» (далее – Таблица)

Выплата может производиться по нескольким статьям Таблицы или нескольким пунктам и подпунктам внутри одной статьи Таблицы одновременно, за исключением отдельных оговорок внутри подпунктов и/или пунктов и/или статей.

Страховая выплата по каждому подпункту статьи Таблицы осуществляется только один раз в течение срока действия Договора страхования, независимо от количества Несчастливых случаев, произошедших с Застрахованным лицом в течение срока действия Договора страхования, в результате которых наступили Телесные повреждения, предусмотренные одним и тем же подпунктом статьи Таблицы.

При этом, статьи и пункты статей Таблицы, в которых указаны диагнозы, связанные с повреждением «глаза», «уха», «легкого», «руки/кисти», «ноги/стопы» применяются за каждый парный орган отдельно (за каждый глаз, за каждую руку и т.д., как указано в Таблице).

Под термином «потеря» органа понимается либо травматическая ампутация органа во время Несчастливого случая либо травматическое повреждение, приведшее к ампутации органа во время хирургического лечения Телесных повреждений, наступивших в результате Несчастливого случая. Если иное специально не указано в Таблице, то термин «потеря» предусматривает полную либо частичную потерю органа.

По пунктам Таблицы 1.1.; 1.6; 1.7; 1.8; 1.9; 1.10, 1.11, 1.12, 1.13, 1.16; 2.1; 2.6 телесное повреждение признается страховым случаем только при условии подтверждения диагноза рентгенологическим исследованием и/или КТ/МРТ исследованием соответствующей области.

По пунктам Таблицы 1.2.; 1.3; 1.15; 2.2; 2.5. телесное повреждение признается страховым случаем только при условии хирургического лечения (хирургической операции).

По пунктам Таблицы 1.4; 1.5, 1.14; 2.4 телесное повреждение признается страховым случаем только при условии непрерывного стационарного лечения не менее 10 дней.

В Статье 1, при указании на краевой перелом одной или нескольких костей,

<p>предусмотренный пунктом или подпунктом Статьи, размер страховой выплаты по данному подпункту статьи уменьшается до 1%.</p> <p>В Статье 1, в подпунктах, предусматривающих выплату при переломе одной кости, при указании на изолированный перелом отростка или бугорка кости (без его отрыва либо без оперативного вмешательства), предусмотренной пунктом или подпунктом Статьи, размер страховой выплаты по данному подпункту статьи уменьшается до 1%.</p> <p>При рентгенологически подтвержденных переломах (в одном или нескольких местах) кости/костей <u>не поименованных</u> в настоящей Таблице, страховая выплата производится в размере 1% за каждую сломанную кость (перелом хрящевой части кости при расчете не учитывается; при переломах фаланг пальцев, выплата производится 1% за каждый палец, не зависимо от количества сломанных фаланг).</p>	
<p>Статья 1. Размер страхового обеспечения за каждый пункт Статьи 1 составляет 5% от Страховой суммы</p>	
1.1.	<p>а) Ушиб головного мозга средней или тяжелой степени;</p> <p>б) Субарахноидальное травматическое кровоизлияние (гематома);</p> <p>в) Перелом одной или нескольких костей свода черепа;</p> <p>г) Перелом решетчатой кости;</p> <p>д) Перелом орбиты (одной или нескольких стенок).</p>
1.2.	<p>Разрыв одной или нескольких оболочек глаза, при проникающем ранении или контузии глазного яблока.</p>
1.3.	<p>а) Повреждение легкого, повлекшее: пневмоторакс, гемоторакс;</p> <p>б) Ранение сердца и/или коронарных артерий и/или крупных сосудов: аорта; легочные, сонные, безымянные артерии; яремная вена, верхняя и нижняя полые вены.</p>
1.4.	<p>а) Ожоги 3-4 степени более 5% поверхности тела (кроме лица и шеи);</p> <p>б) Ожоги 3-4 степени лица и шеи более 2% поверхности тела;</p> <p>в) Ожоговый шок 2-3 степени.</p> <p>*Для целей измерения площади ожогов за 1% поверхности тела принимается площадь ладони застрахованного лица (включая пальцы).</p>
1.5.	<p>Ранение/ожог/травматическое сужение гортани и/или трахеи повлекшее ношение трахеостомы более 10 дней.</p>
1.6.	<p>а) Переломы одной или нескольких костей лицевого черепа и/или подъязычной и/или небной кости (за исключением: костей носа или костей, поименованных в других статьях, пунктах, подпунктах Таблицы).</p> <p>б) Потеря 3-х более не протезированных зубов (частей зубов); Выплата не производится за удаленные болезненно измененные зубы или при удалении зубов с указанием на болезни пародонта.</p>
1.7.	<p>а) Перелом грудины со смещением,</p> <p>б) Перелом 3-х и более ребер (костной части),</p> <p>в) Переломы тел 1-2-х позвонков; при переломе тел 3-х и более позвонков, за каждый последующий позвонок производится доплата в размере 1%.</p>
1.8.	<p>Переломы (за каждую сторону):</p> <p>а) лопатки;</p> <p>б) ключицы в сочетании с разрывом связок одного из сочленений: акромиально-ключичного или грудино-ключичного сочленений. При переломе ключицы без разрыва сочленений выплата уменьшается до 1%.</p>
1.9.	<p>Перелом плечевой кости (на любом уровне).</p>
1.10	<p>Локтевой сустав, лучезапястный сустав, кости предплечья: переломы 2-х и более костей (кроме плечевой кости).</p>
1.11	<p>Перелом одной или нескольких костей таза ( в т.ч. вертлужной впадины) с разрывом или без разрыва лонного и/или крестцово-подвздошного сочленений.</p>
1.12	<p>Тазобедренный сустав, бедро (за каждую ногу): перелом бедренной кости</p>
1.13	<p>Коленный сустав, голеностопный сустав, голень: Перелом 2-х костей и более (кроме бедренной кости)</p>

1.14	Травматический или геморрагический шок 2-3 степени и/или травматическая кома длительностью более 5 дней
1.15	Сдавление, разрыв (в т.ч. частичный), ушиб спинного мозга на любом уровне.
1.16	а) Потеря одного или нескольких пальцев кисти (Потерей пальца кисти считается ампутация на уровне дистальной фаланги). Потеря на уровне проксимальной и средней фаланг пальца/пальцев приравнивается к перелому. б) Потеря одного и более пальцев стопы. Потерей пальца стопы считается ампутация на уровне дистальной фаланги). Потеря на уровне проксимальной и средней фаланг пальца/пальцев приравнивается к перелому. *При выплате по данному пункту, учитывается только ампутация кости; ампутация мягких тканей не учитывается. **В случае выплаты по травматическому повреждению по ст. 2.6 или 3.2 и/или 3.3, настоящая статья не применяется.
Статья 2. Размер страхового обеспечения за каждый пункт Статьи 2 составляет 20% от Страховой суммы	
2.1	Перелом основания черепа (кроме решетчатой кости) и/или субдуральное и/или эпидуральное травматическое кровоизлияние.
2.2	Разрыв нервов или их сплетений: а) черепно-мозговых нервов; б) сплетений: шейного, плечевого, поясничного, крестцового сплетений; в) основных стволов нервов на уровне выше областей лучезапястного и голеностопного суставов: подмышечного, лучевого, локтевого, срединного, бедренного, седалищного, малоберцового, большеберцового нервов.
2.3	Полная глухота возникшая в результате травматического повреждения среднего или внутреннего уха в результате Несчастного случая, продолжающаяся более 30 дней после Несчастного случая, подтвержденная первичной и контрольной аудиометрией.
2.4	Сердечно-сосудистая недостаточность вследствие травматического повреждения сердца или сосудов, продолжающаяся более 30 дней после Несчастного случая.
2.5.	а) Удаление более 1/2 языка; б) Травматическое сужение пищевода; в) Удаление части легкого, бронха; г) Удаление части: печени и/или кишечника и/или поджелудочной железы; д) Удаление селезенки и/или желудка; е) Удаление почки и/или половых органов. *Выплата по статье производится за вычетом ранее произведенных выплат за повреждение указанного органа по другим статьям Таблицы.
2.6	а) Потеря кисти выше уровня пальцев и включая лучезапястный сустав б) Потеря стопы выше уровня пальцев и включая голеностопный сустав *В случае, если по повреждению ранее производилась выплата по ст. 1.16, выплата рассчитывается за вычетом ранее произведенных выплат. **В случае выплаты по травматическому повреждению по 3.2 и/или 3.3, настоящая статья не применяется.
Статья 3. Размер страхового обеспечения за каждый пункт Статьи 3 составляет 40% от Страховой суммы	
3.1	Потеря челюсти или ее части (за исключением альвеолярного отростка);
3.2	Потеря руки на любом уровне (кроме указанных в п. 1.16).
3.3	Ноги (за каждую ногу) на любом уровне (кроме указанных в п.1.16)
3.4	Сдавление, разрыв, ушиб или гематомиялия спинного мозга с необратимыми тазовыми нарушениями и/или необратимым параличом/парезом конечностей. Если ранее произведена выплата за повреждение по ст. 1.15., выплата уменьшается на сумму ранее произведенной выплаты.
3.5	Необратимая потеря зрения одного глаза /потеря глазного яблока. Если ранее произведена выплата за повреждение по ст. 1.2., выплата уменьшается на сумму ранее произведенной выплаты.

3.6	Удаление легкого *При применении п.3.6., п.1.3 и п. 2.5 в) для того же легкого не применяются.
-----	---

5.3. Застрахованное лицо или Выгодоприобретатель, намеренный воспользоваться правом на получение Страховой выплаты, обязан уведомить Страховщика о наступлении Страхового события любым доступным способом в разумные сроки, но не позже, чем в течение 30 (тридцати) дней с момента, когда Страхователю (Застрахованному лицу) или Выгодоприобретателю стало известно о наступлении соответствующего Страхового события.

5.4. В течение 10 (десяти) рабочих дней следующих за датой уведомления Страховщика о наступлении Страхового события Застрахованное лицо или Выгодоприобретатель для получения Страховой выплаты обязан представить Страховщику документы из числа перечисленных в пунктах 5.4.1. - 5.4.3. настоящих Дополнительных условий:

5.4.1. В случае Смерти Застрахованного лица:

- а) заявление установленного Страховщиком образца о наступлении Страхового события с указанием банковских реквизитов, на которые должна быть произведена Страховая выплата;
- б) свидетельство о Смерти Застрахованного лица, выданное органом ЗАГС, консульством РФ или иным уполномоченным на то государственным органом, или его нотариально заверенная копия;
- в) медицинское (врачебное) заключение (свидетельство) о Смерти Застрахованного лица выдаваемое медицинским учреждением, где была зарегистрирована Смерть с указанием причины смерти или иной документ, устанавливающий причину и обстоятельства Смерти, выдаваемый медицинским учреждением или уполномоченным государственным органом;
- г) заключение судебно-медицинской экспертизы исследования трупа с результатами гистологического и химико-токсикологического исследования;
- д) при Смерти в стационаре, посмертный эпикриз с указанием посмертного диагноза;
- е) оригинал или заверенная копия документа (постановление, протокол, решение суда) соответствующего уполномоченного органа, оформленный по факту произошедшего Страхового события, содержащий причину и обстоятельства наступления Смерти;
- ж) если Застрахованное лицо считается пропавшим без вести, нотариально удостоверенная копия решения суда об объявлении Застрахованного лица умершим, с отметкой о вступлении в законную силу или копия решения суда, заверенная судом;

з) Если документы, указанные в пп. а-ж, не содержат сведений о времени, месте и обстоятельствах Несчастного случая и Телесных повреждениях, приведших к Смерти Застрахованного лица:

- документы, подтверждающие дату, время, Территорию и обстоятельства наступления Несчастного случая, приведшего к Смерти Застрахованного лица в результате Телесных повреждений, и диагноз установленных Телесных повреждений (рапорт/протокол от правоохранительных органов и/или экстренных оперативных служб или решение суда или акт о травме во время тренировки/соревнования, а при отсутствии вышеперечисленных документов медицинский отчет (выписку из лечебного учреждения) по факту первичного обращения за медицинской помощью, содержащий ФИО Застрахованного лица, дату поступления, период лечения, анамнез (в т.ч. сведения об обстоятельствах Несчастного случая), данные объективных методов обследования, окончательный диагноз;

- и) свидетельство о праве на наследство;

- к) банковские реквизиты получателя страховой выплаты и копия общегражданского паспорта (страницы с ФИО и регистрацией), подтверждающего личность получателя страховой выплаты (наследника/Выгодоприобретателя).

5.4.2. В случае установления Инвалидности Застрахованному лицу:

- а) заявление установленного Страховщиком образца о наступлении Страхового события с указанием банковских реквизитов, на которые должна быть произведена Страховая выплата;



б) нотариально заверенная копия справки МСЭ о присвоении Застрахованному лицу 1-й (первой) или 2-й (второй) группы Инвалидности впервые, либо вместе со справкой МСЭ об установлении Инвалидности 1-й (первой) или 2-й (второй) группы повторно – нотариально заверенная копия справки МСЭ о присвоении Застрахованному лицу 3-й (третьей) группы Инвалидности за весь период вплоть до установления Инвалидности 1-й (первой) или 2-й (второй) группы повторно (согласно определению Инвалидности);

в) заверенная БМСЭ копия протокола освидетельствования в БМСЭ, содержащая полный диагноз, ставший причиной установления группы Инвалидности в результате Несчастного случая и Телесного повреждения и анамнез; При установлении Инвалидности повторно, копии всех протоколов освидетельствования в БМСЭ с установлением инвалидности первично или повторно при более ранних освидетельствованиях;

г) в зависимости от обстоятельств события, оригинал или заверенные копии документов, содержащих сведения о времени, дате, Территории и обстоятельствах Несчастного случая, приведшего к Телесному повреждению и установлению Инвалидности, а также диагноз установленных Телесных повреждений:

- рапорт/протокол от правоохранительных органов и/или экстренных оперативных служб или решение суда или акт о травме во время тренировки/ соревнования.

- медицинский отчет (выписку из лечебного учреждения) по факту первичного обращения за медицинской помощью, содержащий ФИО Застрахованного лица, дату поступления, период лечения, анамнез (в т.ч. сведения об обстоятельствах Несчастного случая), данные объективных методов обследования, окончательный (клинический) диагноз.

д) выписка из медицинской карты амбулаторного больного или иной документ из медицинского учреждения по месту наблюдения за указанный Страховщиком период времени с указанием диагнозов и дат их постановки и анамнеза, сведений о диспансерном учете и/или установленных групп Инвалидности (с указанием их дат и причин) или направления на МСЭ (с указанием даты направления и причин); документ должен быть подписан лечащим врачом и его руководителем и заверен печатью лечебного учреждения.

5.4.3. В случае причинения Телесных повреждений в результате Несчастного случая:

а) копия Договора страхования;

б) заявление установленного Страховщиком образца о наступлении Страхового события с указанием банковских реквизитов, на которые должна быть произведена Страховая выплата;

в) при амбулаторном лечении: справку из травматологического пункта и/или выписку из медицинской карты амбулаторного больного (Застрахованного лица) и/или медицинский отчет с указанием, обстоятельств и даты и Территории получения травмы, результатов обследования, полного перечня установленных диагнозов, периода лечения, заверенную подписью руководителя медицинского учреждения, выдавшего документ, и печатью лечебного учреждения.

г) при стационарном лечении выписку (выписной эпикриз) из истории болезни, стационара, куда было доставлено Застрахованное лицо для оказания первой медицинской помощи/продолжения лечения с указанием обстоятельств и даты получения травмы, результатов обследования, клинического диагноза, проведенного лечения и периода лечения;

д) рентгенограммы с заключением (при переломах любой локализации); заключения МРТ, УЗИ, КТ, подтверждающие диагноз (если проводились в связи с Несчастливым случаем);

е) в зависимости от обстоятельств события, оригинал или заверенные копии документов, содержащих сведения о времени, дате, Территории и обстоятельствах Несчастного случая, приведшего к Телесному повреждению:

рапорт/протокол от правоохранительных органов и/или экстренных оперативных служб или решение суда или акт о травме во время тренировки/ соревнования, а при отсутствии вышеперечисленных документов медицинский отчет (выписку из лечебного учреждения) по факту первичного обращения за медицинской помощью, содержащий ФИО Застрахованного лица, дату поступления, период лечения, анамнез (в т.ч. сведения об

обстоятельствах Несчастного случая), данные объективных методов обследования, окончательный диагноз.

5.5. В течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком пакета документов, указанных в п. 5.3. настоящих Дополнительных условий, Страховщик обязан рассмотреть предоставленные документы и вправе, затребовать у Застрахованного лица и/или Выгодоприобретателя, а Застрахованное лицо или Выгодоприобретатель для получения Страховой выплаты обязан представить Страховщику следующие документы, если с учетом конкретных обстоятельств отсутствие у Страховщика запрашиваемых документов делает невозможным или крайне затруднительным установление факта Страхового случая, его обстоятельств и расчет размера Страховой выплаты:

- копии всех страниц заграничного паспорта Застрахованного лица
- акт и/или протокол освидетельствования в Бюро МСЭ;
- копию записей в медицинской карте амбулаторного и/или стационарного больного (с заверением лечебного учреждения, выдавшего копии);
- заверенную копию карты вызова скорой медицинской помощи при вызове скорой медицинской помощи на место события;
- результаты анализа крови на алкоголь, содержание токсических, наркотических веществ или акт освидетельствования на Опьянение, выполненные в течение первых суток с момента наступления Несчастного случая;
- удостоверение инвалида (копия всех страниц);
- выписку из реестра оказанных медицинских услуг страховой компании ОМС, ДМС, фонда ОМС; за указанный Страховщиком период, содержащую сведения об обращениях за медицинской помощью (даты обращения; диагнозы; наименования лечебных учреждений) за указанный период;
- выписку из журнала регистрации обращений в лечебно-профилактического учреждения
- выписку из журнала лучевых нагрузок лечебно-профилактического учреждения
- справку (заключение) из Бюро МСЭ различных инстанций;
- водительское удостоверение лица, управлявшего транспортным средством в момент Несчастного случая;
- если интересы Застрахованного лица или Выгодоприобретателя, обратившегося за Страховой выплатой, представляет третье лицо – нотариальную доверенность, подтверждающую полномочия третьего лица;
- фотографии Застрахованного лица, на которых видны: лицо Застрахованного лица, полученные им телесные повреждения (рубцы; ожоги и т.п.) и дата фотографии;
- результаты лабораторных исследований, МРТ МСКТ, УЗИ–исследований, электромиографии, подтверждающие установленный диагноз, а также результаты предыдущих исследований при повторных травмах органа или предшествующих заболеваниях поврежденного органа;
- любые документы, перечисленные в п.4.3 настоящих Дополнительных условий (при условии, что они не предоставлялись ранее или их подлинность вызывает сомнения);
- результаты судебно-медицинского освидетельствования живых лиц.

5.6. Все документы должны предоставляться Застрахованным лицом или Выгодоприобретателем на русском языке. В случае, если оригинал документа составлен на иностранном языке, он предоставляется Страховщику в виде нотариально заверенной копии с нотариально заверенным переводом на русский язык. При этом расходы на перевод, легализацию и нотариальное заверение документов несет Застрахованное лицо или Выгодоприобретатель.

5.7. Страховщик вправе отказать в Страховой выплате в случае:

5.7.1. если Страховой случай наступил в результате умышленных действий Страхователя (Застрахованного лица) или Выгодоприобретателя, направленных на наступление Страхового случая, за исключением Смерти Застрахованного лица, если его Смерть наступила вследствие самоубийства, и к этому моменту Договор страхования действовал уже не менее двух лет;

5.7.2. если Страховой случай наступил в результате совершения или попытки совершения Застрахованным лицом умышленного преступления или противоправных действий;

5.7.3. если Страхователь, Застрахованное лицо или Выгодоприобретатель предоставили заведомо ложные сведения, связанные с причинами, обстоятельствами, местом наступления Страхового события или Несчастного случая;

5.7.4. если Застрахованное лицо или Выгодоприобретатель не уведомили Страховщика о наступлении Страхового события в срок и в порядке, установленном настоящими Дополнительными условиями страхования и действующим законодательством Российской Федерации, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении Страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности осуществить Страховую выплату;

5.7.5. если в момент наступления Несчастного случая Застрахованное лицо находилось в состоянии Опьянения и имеется причинно-следственная связь между наступлением Страхового события и Опьянения;

5.7.6. если Застрахованное лицо/Выгодоприобретатель не представило документального подтверждения (медицинский документ о первичном обращении за медицинской помощью), что Несчастный случай и Телесное повреждение получено в Срок страхования на Территории страхования.

Документы, оформленные вне Территории страхования, с указанием даты травматического повреждения и места Травматического повреждения, по анамнезу или «со слов пациента/представителя пациента», не являются и не признаются Страховщиком документальным подтверждением Телесного повреждения в Срок страхования на Территории страхования.

5.7.7. в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

## Программа добровольного медицинского страхования «Телемедицина»

Предусмотренные настоящей Программой страхования услуги проводятся с использованием сервиса «AR-companies» представляющего собой программно-аппаратный комплекс по предоставлению канала связи между Застрахованным лицом и Медицинскими организациями с целью оказания Застрахованному лицу Медицинских услуг в режиме реального времени (онлайн).

Термины, употребляемые с заглавной буквы, употребляются в значениях, установленных Особыми условиями.

### 1. Предоставляемые услуги:

#### 1.1. Медицинская консультация с врачом.

- получение медицинской консультации с врачом по телефону через мобильное приложение (исключая постановку любого диагноза), касательно принятия необходимых мер в различных медицинских ситуациях.
- срочные консультации дежурного врача–терапевта (для Застрахованных лиц, которым исполнилось 18 лет) или дежурного врача–педиатра (для Застрахованных лиц, которым не исполнилось 18 лет), находящегося в данный момент в системе онлайн (в течение трех минут после запроса);
- плановые онлайн-консультации профильного врача, врача узкой специализации.

#### 1.2. Сервисные услуги

Круглосуточная медицинская информационная поддержка и организация оказания медицинских услуг при обращении через мобильное приложение, а именно:

- запрос в сервисную компанию о наступлении страхового случая, получение индивидуального идентификационного номера страхового случая, после чего в течение нескольких минут координатор связывается с Застрахованным для организации помощи;
- определение места нахождения Застрахованного и информирование о близлежащем медицинском учреждении, составление наиболее удобного маршрут до выбранного медицинского учреждения;
- осуществление поиска квалифицированного специалиста и запись на прием при желании Застрахованного лица;
- Получение доступа к различной информации, а именно: информация о странах, номера телефонов скорой медицинской помощи в различных странах, информация о состоянии медицины в той, или иной стране;

### 2. Порядок предоставления услуг

2.1. Дистанционные Медицинские и Сервисные услуги могут оказываться посредством использования мобильного устройства, которое должно соответствовать определенным техническим требованиям.

2.2. Дистанционные Медицинские и Сервисные услуги оказываются с использованием видеосвязи, аудиосвязи, путем обмена сообщениями и файлами, а также по телефону. Доступ к данным услугам по телефону на территории всего мира может иметь ограничения и осуществляется только с использованием телефонного номера Застрахованного лица (его законного представителя), зарегистрированного в личном кабинете или указанного в Договоре страхования.

2.3. Получить дистанционные услуги в рамках Программы страхования Застрахованное лицо (его законный представитель) может через личный кабинет в мобильном приложении «AR-companies»;

Для регистрации в Личном кабинете необходимо:

- Загрузить приложение «AR-companies» и установить на мобильном устройстве,

- Пройти регистрацию. Ввести личные данные Застрахованного в профиль
- Варианты взаимодействия Застрахованного с Сервисной компанией:
- Определить способ связи со специалистом сервисной компании (чат/звонок)
- Определить с каким специалистом связаться (доктор/менеджер)

Порядок использования дистанционных услуг:

- в личном кабинете необходимо выбрать нужный сервис, а именно:
  - Определить специализацию медицинского учреждения
  - Определить ближайшее медицинское учреждение
  - Построить маршрут до выбранного медицинского учреждения
  - Сервис «полезные советы» - получить доступ к интересующей информации

### 3. Технические характеристики оборудования и программное обеспечение

3.1. Оборудование (мобильное устройство), с помощью которого планируется оказывать медицинские услуги, должно соответствовать следующим требованиям:

iOS 8.0 или более поздняя версия;

Android 4.1 или более поздняя версия.

В случае если оборудование Застрахованного лица не соответствует указанным требованиям, оказание услуг является невозможным.

Застрахованное лицо (его законный представитель) самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им оборудования.

### 4. Исключения

4.1. Дистанционные онлайн-консультации предоставляются по всем медицинским вопросам, непосредственно связанным с личностью Застрахованного лица, за исключением:

- вопросов, по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Застрахованным лицом дистанционным способом;
- вопросов, для которых необходимо получение дополнительной информации (результатов анализов, осмотров и т.д.).