

ОТКРЫТОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ ГАЙДЕ»

УТВЕРЖДАЮ



Т.М.Гай

30 декабря 2013 г.

ПРАВИЛА
страхования граждан, выезжающих за рубеж

РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1-1. Правила страхования и договор страхования

1. На условиях настоящих Правил **ОАО "Страховая компания "ГАЙДЕ"**, именуемое в дальнейшем Страховщик, заключает с юридическими и дееспособными физическими лицами, именуемыми в дальнейшем Страхователи, договоры **страхования граждан, выезжающих за рубеж** (далее по тексту - Договоры страхования или Договоры).
2. Настоящие Правила регулируют основные условия, порядок заключения и исполнения договора страхования. По соглашению Сторон в договор страхования могут быть включены иные условия, не противоречащие настоящим Правилам и действующему законодательству Российской Федерации.
3. В соответствии и на основании настоящих Правил, между Страхователем и Страховщиком заключается Договор страхования, являющийся соглашением, по которому Страховщик обязуется за обусловленную Договором плату (страховую премию) при наступлении события, оговоренного в Договоре страхования (страхового случая), произвести страховую выплату в форме организации предоставления Застрахованному экстренной медицинской помощи и (или) в порядке компенсации расходов Застрахованного, вызванных (обусловленных) наступлением страхового случая. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется за обусловленную Договором плату (страховую премию) при наступлении в жизни Застрахованного лица предусмотренного в Договоре события (страхового случая) организовать получение Страхователем экстренных медицинских и иных услуг и/или произвести страховую выплату на условиях настоящих Правил и Договора страхования.
4. Страхование по Договору осуществляется в соответствии с программой страхования, указанной в Титульном листе (Полисе) Договора страхования. Описание и условия всех возможных программ страхования изложены в Договоре страхования.
5. **Объектом** страхования выступают имущественные интересы Страхователя (Застрахованного), связанные с реализацией следующих рисков:
 - а) **"Медицинские и иные экстренные расходы"** (Раздел 2);
 - б) **"Повреждение или утрата багажа"** (Раздел 3);
 - в) **"Невозможность осуществления поездки"** (Раздел 4);
 - г) **"Гражданская ответственность"** (Раздел 5);
 - д) **"Юридическая помощь"** (Раздел 6);
5. В настоящих Правилах используются следующие понятия:

Страховщик – юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страхования и действующее на основании лицензии, полученной в установленном порядке

Страхователь - дееспособное физическое или юридическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования в соответствии с настоящими Правилами

Страховой риск - это предполагаемое событие, на случай наступления которого, в соответствии с настоящими Правилами, проводится страхование.

Страховой случай – совершившееся событие, предусмотренное Правилами и договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату лечебному учреждению, Ассистанской компании или непосредственно Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) в размере полной или частичной компенсации расходов и убытков, понесенных последним в период временного нахождения за пределами территории Российской Федерации.

Страховая сумма - денежная сумма, устанавливаемая Договором страхования, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая. Страховщик несет ответственность за выполнение своих обязательств по Договору страхования в пределах страховой суммы.

Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

Страховая премия (страховой взнос) - денежная сумма, уплачиваемая Страхователем по Договору страхования Страховщику в качестве платы за страхование. Страховая премия уплачивается страхователем в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных валютным законодательством Российской Федерации и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования

несчастный случай – внезапное, кратковременное, непредвиденное внешнее воздействие на организм Застрахованного, повлекшее за собой расстройство его здоровья или смерть;

внезапное заболевание – внезапное, неожиданное расстройство здоровья Застрахованного, начавшееся в период страхования и требующее экстренного медицинского вмешательства;

хроническое заболевание – любая болезнь, недомогание, существовавшие у Застрахованного на момент заключения договора страхования, требовавшие лечения до начала периода страхования или по поводу которых получены врачебные рекомендации по их лечению;

медицинские расходы - издержки, засвидетельствованные на имя Застрахованного лица за пределами территории Российской Федерации (за рубежом) (в пределах территории действия страхового полиса) на оказание экстренной медицинской помощи, приобретение назначенных лекарств экстренной помощи и иной экстренной медпомощи. Расходы в связи с необходимостью репатриации Застрахованного лица (транспортировкой тела), дорожные расходы на сопровождающего при наличии письменного предписания врача, расходы на содержание и ночлег сопровождающего в период, связанный с госпитализацией больного;

близкие родственники – отец, мать, дети (в том числе усыновленные), законный супруг или супруга, родные братья и сестры, опекуны;

багаж – личные вещи Застрахованного, перевозимые им в ходе поездки за пределы территории Российской Федерации, зарегистрированные и сданные в багажное отделение перевозчика;

медицинское учреждение – организация или специалист, зарегистрированные в порядке, установленном законодательством страны, которые по законодательству этой страны имеют право на оказание медицинских услуг;

срок (период) страхования – период времени, указанный в договоре страхования (полисе), в пределах которого, при условии нахождения Застрахованного лица за рубежом (в пределах территории страхования), произошедшие события (страховые случаи), от наступления которых осуществляется страхование, влекут за собой обязанность Страховщика произвести страховое возмещение в срок и на условиях, означенных в Правилах страхования и договоре страхования;

ассистанская компания (сервисный центр) – уполномоченное юридическое лицо или подразделение Страховщика осуществляющее организацию оказания медицинской или иной помощи за рубежом

Франшиза - часть убытков, которая определена договором страхования и не подлежит возмещению страховщиком страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере. В соответствии с условиями

страхования франшиза может быть условной (страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы). Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы

Статья 1-2. Субъекты страхования

1. В соответствии с данными Правилами Субъектами страхования являются:
 - Застрахованный. **Застрахованным лицом** или **Застрахованным** является названное в Договоре страхования физическое лицо, на случай наступления, в жизни которого определенного Договором страхования события (страхового случая), заключается Договор страхования.
 - Страхователь – лицо, выступающее стороной по договору страхования и заключающий со Страховщиком договор страхования на основании данных Правил страхования.
 - Страховщик - **ОАО "Страховая компания "ГАЙДЕ"**
 - Ассистанская компания - уполномоченное юридическое лицо или подразделение Страховщика осуществляющее организацию оказания медицинской или иной помощи за рубежом
 - Медицинское учреждение - организация или специалист, зарегистрированные в порядке, установленном законодательством страны, которые по законодательству этой страны имеют право на оказание медицинских услуг.
2. По Договорам страхования, заключенным в рамках настоящих Правил, могут быть застрахованы лица, выезжающие за пределы территории Российской Федерации, при условии, что Застрахованный не является гражданином того государства, на территории которого действует страховое покрытие по договору страхования, заключенному на основании данных Правил страхования.
3. Договор страхования может быть заключен в отношении одного Застрахованного или в отношении нескольких Застрахованных.
4. Если иное особо не указано в Договоре, на страхование не принимаются лица младше 1 года и старше 65 лет, а так же инвалиды и лица, имеющие хронические заболевания.
5. Следующие категории лиц могут быть застрахованы только на особых условиях и только при соблюдении определенных в настоящих Правилах положений:
 - а) Лица, возраст которых превышает 65 полных лет, подлежат страхованию только по риску "Медицинские и иные непредвиденные расходы" и только при условии уплаты дополнительной страховой премии, о чем делается соответствующая отметка в Договоре страхования и только при условии соблюдения требований Страховщика по анкетированию на предмет состояния здоровья.
 - б) дети в возрасте до 1 года подлежат страхованию по риску "Медицинские и иные непредвиденные расходы" только при условии уплаты дополнительной страховой премии, о чем делается соответствующая отметка в Договоре страхования и только при условии соблюдения требований Страховщика по анкетированию на предмет состояния здоровья.
6. Для целей настоящих Правил "близкими родственниками" признаются супруг, супруга, родители, дети, усыновители, усыновленные, родные братья и родные сестры.

Статья 1-3. Страховые риски и страховые случаи

1. Страховым риском является предполагаемое событие, предусмотренное Договором страхования, на случай наступления которого проводится страхование.
2. Страховым случаем является свершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.
3. По Договорам страхования, заключенным в рамках настоящих Правил, страхование может осуществляться по следующим страховым рискам:
 - а) риск "*Медицинские и иные экстренные расходы*" (Раздел 2);
 - б) риск "*Повреждение или утрата багажа*" (Раздел 3);
 - в) риск "*Невозможность осуществления поездки*" (Раздел 4);
 - г) риск "*Гражданская ответственность*" (Раздел 5);
 - д) риск "*Юридическая помощь*" (Раздел 6);

Определение страховых рисков и страховых случаев по ним приведено в соответствующих разделах настоящих Правил.
4. Договор страхования может быть заключен по любому набору рисков, предусмотренных настоящими Правилами.
Перечень страховых рисков, включенных в конкретный Договор страхования, указаны в самом Договоре (Полисе) или Программе страхования.

Статья 1-4. Страховая сумма и страховая выплата

1. Страховая сумма - денежная сумма, определенная в Договоре страхования (страховом полисе), исходя из которой устанавливается величина страховой премии и страховой выплаты при наступлении страхового случая.
2. Страховая сумма устанавливается по договоренности между Страховщиком и Страхователем отдельно по каждому страховому риску, включенному в Договор страхования (страховой полис).
3. При наступлении страхового случая Страховщик обязан произвести страховую выплату. Максимальный размер страховой выплаты по отдельному риску не может превышать величину страховой суммы по данному риску.
По возмещению для отдельных видов расходов и/или событий в рамках конкретного страхового риска в Договоре страхования (Полисе) может быть установлена меньшая сумма возмещения (далее - лимит возмещения).
Порядок расчета и осуществления страховой выплаты определены по каждому риску в соответствующих разделах настоящих Правил.
4. Если страховая сумма по какому-либо страховому риску установлена в валюте иной, чем российский рубль, величина страховой суммы определяется в рублях по курсу данной валюты к рублю, установленным Центральным Банком РФ на день заключения Договора страхования (оформления страхового полиса).

Статья 1-5. Страховая премия и страховой тариф

1. **Страховой тариф** - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования
2. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику при заключении Договора страхования. Страховая премия (страховой взнос) рассчитывается как произведение страховой суммы на страховой тариф. Страховой тариф исчисляется как произведение базового страхового тарифа на

величину поправочных коэффициентов. Размеры страховых тарифов устанавливаются по соглашению сторон при заключении договора страхования.

3. Страховая премия подлежит уплате Страхователем не позднее даты начала Срока страхования, если Договором страхования не предусмотрено иное.
4. Страховая премия уплачивается Страхователем одновременно в полном объеме за весь срок страхования, если Договором страхования не предусмотрено иное.
5. Уплата страховой премии может производиться путем внесения денежных средств в кассу Страховщика или уполномоченному представителю Страховщика наличными или путем безналичного расчета.
Уплата страховой премии производится в рублях.
Если по Договору страхования величина страховой премии указана в валюте иной, чем российский рубль, страховая премия уплачивается в рублях по курсу данной валюты, установленном Центральным Банком РФ на день заключения Договора (выдачи страхового полиса).
6. Днем уплаты страховой премии признается:
 - а) при уплате наличными - день получения денежных средств уполномоченным представителем Страховщика или день уплаты денежных средств в кассу Страховщика;
 - б) при уплате по безналичному расчету - день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика или его уполномоченного представителя.

Статья 1-6. Территория и срок действия Договора страхования

1. Договор страхования действует на территории стран, указанных в Договоре страхования/страховом полисе (территория страхования). Из территории страхования исключается страна постоянного проживания и/или гражданства Застрахованного лица. В отношении Застрахованных иностранных граждан, Договор страхования не действует на территории страны, гражданином которой является Застрахованный. В отношении риска «Невозможность осуществления поездки» территорией страхования является место постоянного проживания/заключения договора страхования, если иное не оговорено в особых условиях Договора.
2. Для организации необходимой помощи Застрахованным лицам на Территории страхования Страховщик имеет право привлекать специализированные организации (далее - Сервисные компании).
3. Из территории страхования исключаются государства, на чьей территории ведутся военные действия, обнаружены и признаны очаги эпидемий. Договор страхования может предусматривать ограничение территории страхования в части государств, в отношении которых применены экономические и/или военные санкции ООН, а также государств, при посещении которых с очевидной вероятностью может быть нанесен вред здоровью людей.
4. Срок действия договора и срок страхования определяется сторонами в Договоре страхования (Полисе).
Если иное не предусмотрено в Договоре Срок действия страхования начинается с 00 часов 00 минут даты, указанной в страховом полисе, как начало срока страхования, но не ранее дня, следующего за днем поступления страховой премии Страховщику/представителю Страховщика, и прекращается не позднее 24 часов 00 минут даты, указанной как окончание срока страхования в страховом полисе.
Если на момент заключения Договора страхования Застрахованный уже находился на Территории страхования, Договор страхования не вступает в силу, если данный факт не отражен в особых условиях в Договоре (Полисе).

Если Застрахованный в связи со страховым случаем по медицинским показаниям вынужден остаться на Территории страхования сверх срока, установленного в Договоре (Полисе), Срок страхования автоматически продлевается до 24 часов 00 минут дня окончания лечения последствий данного страхового случая на Территории страхования или дня, когда станет возможным транспортировка Застрахованного в страну постоянного проживания.

По риску «Невозможность осуществления поездки» страховая защита действует с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой заключения договора, при обязательном условии полной оплаты авиабилетов или туристских услуг в туристскую фирму и страховой премии Страховщику/представителю Страховщика, до момента начала поездки и первого пересечения границы Российской Федерации по данному полису, если иное не оговорено в особых условиях Договора.

5. Срок страхования в отношении отдельных страховых рисков может отличаться от указанного в Титульном листе Договора страхования (Полиса) в силу своей специфики. Срок страхования, начало действия и (или) порядок прекращения действия страхования по отдельным страховым рискам изложены в соответствующих Программах страхования.
6. При наличии нескольких договоров страхования, у которых полностью или в части совпадает срок действия договора, страхование, обусловленное более поздним договором, наступает после исчерпания срока страхования более раннего договора.
7. Срок действия страхования по Договору может быть ограничен по количеству дней нахождения Застрахованного на Территории страхования. Данное ограничение указывается в пункте "Срок страхования в днях" Договора (Полиса).

При каждом выезде Застрахованного на Территорию страхования Срок страхования, указанный в пункте "Срок страхования в днях", автоматически уменьшается на количество дней, проведенных на Территории страхования.

Срок страхования при этом прекращается с 00 часов 00 минут самой ранней из двух дат:

- а) даты, начиная с которой количество дней, проведенных Застрахованным на Территории страхования, превысило установленное в Договоре ограничение;
- б) даты, следующей за указанной в Договоре (Полисе) датой окончания Срока страхования.

При требовании страховой выплаты Застрахованный должен документально подтвердить, что страховой случай наступил в течение Срока страхования. В данном случае доказательством считается предъявление заграничного паспорта Застрахованного с соответствующими отметками пограничных служб о пересечении Государственной границы.

8. В течение Срока страхования Страхователь (Застрахованный) обязан обеспечить сохранность документов по Договору страхования. В случае утраты Договора (Полиса) Страховщик выдает Страхователю на основании его письменного заявления дубликат.

Статья 1-7. Порядок заключения договора страхования

1. Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя, в котором он сообщает данные, необходимые для заключения Договора и оценки страхового риска.
2. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику достоверную информацию, имеющую значение для определения страхового риска (цель поездки, возраст, профессию, вид спорта, которым занимаются на профессиональном или любительском уровне, об учете в онкологическом, психиатрическом или туберкулезном диспансере, наличии инвалидности, наличие

хронических заболеваний, иную информацию). Страхователь (по запросу страховщика) обязан предоставить документы, позволяющие судить о состоянии здоровья Застрахованного, организации поездки (на случай страхования по риску «Невозможность осуществления поездки»), виде транспорта, организаторе поездке и иных запрашиваемых страховщиком данных.

3. Страховщик имеет право проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, имеющую отношение к заключению Договора страхования.
4. Если Договор страхования оформлен в виде Полиса с приложением Правил страхования, Страховщик обязан выдать его Страхователю после уплаты страховой премии.

Статья 1-8. Общие обязанности сторон при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая

1. При наступлении событий, которые имеют признаки страхового случая, Застрахованный (его представитель) и/или Страхователь обязаны:
 - а) незамедлительно, как только это станет возможным, до обращения за помощью обратиться в Ассистанскую компанию (Сервисный центр) по телефону, указанному в Приложении к Договору и сообщить: фамилию, имя Застрахованного, номер договора страхования, время и обстоятельства происшедшего, характер требуемой помощи, местонахождение и номер телефона обратной связи. **В случае, если Застрахованный не обратился в Ассистанскую компанию, расходы, понесенные непосредственно Застрахованным, не подлежат возмещению, кроме случаев, указанных в программах страхования.**
 - б) строго следовать указаниям Ассистанской компании и Страховщика, разрешить свободный доступ врачу-эксперту, назначенному Ассистанской компанией, к себе и своей медицинской документации и сведениям, составляющим врачебную тайну и предпринять все возможное для уменьшения размера расходов по произошедшему страховому случаю.
 - в) сотрудничать с Ассистанской компанией по определению действительности заявленного полиса, по ее требованию предоставлять по каналам связи копии необходимых страниц заграничного паспорта и договора страхования.
 - г) принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры, чтобы уменьшить возможные убытки, и действовать так, как если бы они сами, их имущество и/или ответственность не были застрахованы;
2. Застрахованный и/или Страхователь обязан выполнять обязанности, предусмотренные в Договоре (Полисе) и настоящих Правилах для сложившихся обстоятельств в зависимости от вида событий (вида страхового риска) и программы страхования;

При невыполнении или ненадлежащем выполнении требований настоящего пункта Страховщик имеет право отказать в страховой выплате либо уменьшить ее величину.
3. Страховщик имеет право при заключении Договора страхования для оценки риска и применяемого к страховой премии коэффициента и в ходе урегулирования заявленного события потребовать от Застрахованного заполнить медицинскую анкету, направить его на дополнительное медицинское освидетельствование, а так же осуществить необходимые запросы, отсрочив при этом принятие окончательного решения.

Статья 1-9. Прекращение договора страхования

1. Договор страхования прекращается в случаях:

- а)* истечения срока действия Договора;
 - б)* по истечению Срока страхования, указанному в Договоре (страховом полисе);
 - в)* при выполнении Страховщиком обязательств по выплатам страхового обеспечения в полном объеме до истечения Срока страхования;
 - г)* смерти Застрахованного по причине иной, чем страховой случай; в случае коллективного Договора страхования Договор прекращает действие в части, соответствующей обязательствам сторон в отношении данного Застрахованного;
 - д)* по требованию Страхователя;
 - е)* по соглашению сторон;
 - жс)* в случае получения гражданства или вида на жительство в стране, входящей в Территорию страхования - действие прекращается на территории указанной страны с момента получения гражданства (вида на жительство);
 - з)* в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.
2. При отказе Страхователя (Застрахованного) от Договора страхования после начала Срока страхования, уплаченная Страховщику страховая премия возврату не подлежит.
3. При отказе Страхователя (Застрахованного) от Договора страхования до начала Срока страхования стороны руководствуются Гражданским Кодексом РФ.

Статья 1-10. Общие исключения

1. По Договорам страхования, заключенным в рамках настоящих Правил по любому набору рисков, не являются страховыми случаями любые события, сопряженные со следующими обстоятельствами:
- а)* употребление Застрахованным алкогольных, токсических или наркотических средств (включая травмы при ДТП, произошедшем при управлении Застрахованным транспортным средством в состоянии опьянения) и последствия такого употребления;
 - б)* самоубийство и покушение на самоубийство, а также членовредительство;
 - в)* наступление форс-мажорных обстоятельств: войны, военных действий, революции, мятежа, восстания, гражданских волнений, природного бедствия, ядерного взрыва, прямого или косвенного воздействия радиации, любых видов чрезвычайных ситуаций (катастроф и т.п.), и других обстоятельств непреодолимой силы;
 - г)* совершение умышленного преступления (действия, бездействия) Застрахованного, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;
 - д)* нарушение Застрахованным и/или Страхователем обязательств, предусмотренных настоящими Правилами и Договором страхования (Полисом);
 - е)* получение Застрахованным возмещения вреда от других лиц, в том числе от виновного лица;
 - жс)* передача Застрахованным или Страхователем управления лицу, не имеющему права управления транспортным средством данной категории, либо лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения любой степени тяжести;
 - з)* управление Застрахованным или Страхователем транспортным средством, на управление которым у него нет права;
2. Не являются страховыми случаями несение любых расходов вследствие:
- а)* Несогласованного с Ассистансом компанией или Страховщиком проведения операций и/или иных медицинских мероприятий, не связанных с ликвидацией или предотвращением жизнеугрожающих состояний и которые могут быть выполнены в плановом или экстренно плановом порядке при своевременном возвращении в стране постоянного проживания.

- б) Предоставления дополнительного комфорта в лечебном учреждении, а именно: телевизора, телефона, кондиционера, увлажнителя, услуг переводчика, парикмахера, массажиста, косметолога и т.д.
- в) Обращения за медицинской помощью в профилактических целях, в т.ч. проведения вакцинации, дезинфекции, дезинсекции, медицинских осмотров и врачебной экспертизы; лечения в санаториях, водо и грязелечения, гелиотерапии; косметического лечения; всех нетрадиционных способов лечения, реабилитационно-восстановительного лечения.
- г) Закупки или ремонта медицинских аппаратов (в т.ч. оптики), расходных материалов и предметов ухода.
- д) Операций на сосудах и при внутрисосудистом доступе (ангиографии, шунтирования сосудов, баллонной ангиопластики, стентирования, имплантации электрокардиостимулятора и др.).

Статья 1-11. Разрешение споров

1. Споры, возникающие по Договору страхования, разрешаются путем переговоров.
2. При не достижении согласия, спор передается на рассмотрение Суда (Арбитражного суда) в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

Статья 1-12. Общие права и обязанности сторон

1. В период действия договора страхования Страхователь имеет право:
 - 1.1. досрочно расторгнуть договор с обязательным письменным уведомлением Страховщика;
 - 1.2. в период действия Договора страхования, по согласованию сторон, увеличить страховую сумму с заключением дополнительного соглашения о внесении соответствующих изменений в договор страхования и уплатой дополнительного страхового взноса;
2. Страхователь обязан:
 - 2.1. своевременно и в полном объеме уплатить страховую премию (страховой взнос) на условиях, оговоренных в договоре страхования;
 - 2.2. в период действия договора страхования незамедлительно (но в любом случае не позднее 5-ти рабочих дней с момента, как Страхователю стало известно о возникновении данных обстоятельств) сообщить Страховщику о ставших ему известными изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут повлиять на увеличение страхового риска.
 - 2.3. возратить полученную страховую выплату, если в течение предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации сроков исковой давности обнаружится такое обстоятельство, которое по закону или по настоящим Правилам или по Договору страхования полностью или частично лишает Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя права на получение страховой выплаты;
 - 2.4. при наступлении события, имеющего признаки страхового случая по договору страхования, Страхователь должен известить страховщика (в соответствии с требованиями настоящих Правил, а т.ч. посредством сообщения в ассистанскую компанию) о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, незамедлительно, но в любом случае, не позднее 5-ти рабочих дней с момента наступления этого события.

Страхователь должен предоставить Страховщику все документы, необходимые для установления факта, причин, обстоятельств и последствий возникновения страхового случая, оговоренные в настоящих Правилах.
3. Страховщик имеет право:
 - 3.1. проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем требований и условий договора;
 - 3.2. по мере необходимости направлять запросы в компетентные органы о предоставлении соответствующих документов и информации, подтверждающих причину и факт наступления страхового события;

3.3. отсрочить принятие решения о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты в случае, если у него возникли сомнения в праве Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) на получение страховой выплаты, до предоставления необходимых доказательств; Страховщик имеет право отсрочить выплату страхового возмещения до момента получения ответов на запросы, направленные в соответствующие компетентные органы и ассистанские компании, связанные с фиксацией и урегулирование данного события, имеющего признаки страхового случая.

3.4. после получения информации об увеличении страхового риска Страховщик 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 расторгнуть договор в одностороннем порядке.

3.5. в случае если Страхователь не сообщит Страховщику об изменениях в обстоятельствах, сообщенных при заключении договора страхования, последний вправе расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков, причиненных расторжением договора согласно Гражданскому Кодексу Российской Федерации.

Страховщик не вправе требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

4. Страховщик обязан:

4.1. хранить коммерческую тайну Страхователя, ставшую ему известной в связи с заключением договора страхования;

4.2. принять решение о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты (или отказе в о признании события страховым случаем) в течение срока, оговоренного в настоящих Правилах и договоре страхования, с момента представления Страхователем всех документов, необходимых для суждения о причинах и обстоятельствах страхового случая, размере ущерба, а также виновных лицах (при их наличии). Решение о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты фиксируется в Страховом акте.

4.3. В случае принятия решения о непризнании события страховым случаем или отказе в страховой выплате (при наличии оснований для принятия такого решения), известить об этом решении Страхователя (Застрахованного). Отказ о признании события страховым случаем или Отказ в страховой выплате сообщается Страхователю (Застрахованному) в письменной форме с обоснованием причин отказа в течение 15-ти рабочих дней с момента принятия такого решения.

5. Обработка персональных данных.

Страхователь, если он является физическим лицом, а так же Застрахованный(ные) в интересах которых заключается договор страхования, заключивший Договор страхования со Страховщиком на условиях настоящих Правил страхования, подтверждает свое согласие на обработку Страховщиком перечисленных ниже персональных данных Страхователя (Застрахованного(ных)) для осуществления страхования по Договору страхования, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, а также в целях информирования Страхователя о других продуктах и услугах Страховщика. Персональные данные Страхователя (и/или Застрахованного(ных)), включают в себя: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, паспортные данные, адрес проживания, другие данные, указанные в заключенном со Страховщиком Договоре страхования (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения и др.), которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством РФ к персональным данным. Страхователь предоставляет Страховщику право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные посредством включения их в электронные базы данных Страховщика. Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору страхования передавать персональные данные Страхователя (Застрахованного(ных)) третьим лицам, при условии, что у Страховщика есть соглашение с указанными третьими лицами, обеспечивающее безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных. Заключая договор страхования, Страхователь (если он является физическим лицом), а так же Застрахованный(ные), в чьих интересах заключается договор страхования, дают свое согласие на обработку персональных данных Страхователя (Застрахованного(ных)) с момента заключения Договора страхования. Согласие

Страхователя на обработку персональных данных Страхователя (Застрахованного(ных)) действует в течение 10 лет (если иное не установлено Договором страхования). Страхователь (Застрахованный(ные)) вправе отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика. В случае поступления Страховщику от Страхователя (Застрахованного(ных)) письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, согласие считается отозванным с даты поступления указанного заявления Страховщику. После окончания срока действия Договора страхования (в том числе при его расторжении) или отзыва согласия на обработку персональных данных Страховщик обязуется прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные Страхователя (Застрахованного(ных)) в срок, не превышающий 10 лет с даты окончания срока действия Договора страхования или отзыва согласия на обработку персональных данных. Указанные выше положения настоящего пункта Правил страхования относятся и к Застрахованному лицу(застрахованным лицам) в случае, когда Страхователь заключает договор страхования в интересах Застрахованного(ных).

**РАЗДЕЛ 2. УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ ПО РИСКУ
«СТРАХОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ ЭКСТРЕННЫХ РАСХОДОВ»
(ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ «МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДЫ - А» И
МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДЫ – В»)**

Статья 2-1. Объект страхования по риску "Страхование медицинских и иных экстренных расходов"

Объектом страхования по риску "Страхование медицинских и иных экстренных расходов" являются имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с расходами на получение экстренной и/или неотложной медицинской и иной помощи при наступлении страхового случая во время пребывания на Территории страхования и в Срок страхования, указанные в Договоре страхования (Полисе).

Статья 2-2. Страховые случаи по риску "Страхование медицинских и иных экстренных расходов"

1. Страховым случаем по риску "Страхование медицинских и иных экстренных расходов" является:
 - обращение Застрахованного лица или его представителей в установленном Договором страхования порядке за неотложной медицинской и иной экстренной помощью в связи с острым внезапным заболеванием, обострением хронического заболевания или травмой Застрахованного, наступившими в течение Срока страхования на территории страхования.
 - обращение заинтересованных лиц за организацией репатриации тела Застрахованного, умершего в результате острого внезапного заболевания, обострения хронического заболевания или травмы в течение Срока страхования на Территории страхования;
2. Не являются страховыми случаями события, не соответствующие определениям, указанным в п.1 настоящей статьи, и/или события, хотя и соответствующие указанным определениям, но произошедшие в результате следующих событий:
 - а) следующих заболеваний, расстройств здоровья и состояний, если иное не предусмотрено Договором:
 - заболевания, расстройства здоровья или травмы, которые, по мнению медицинских экспертов Сервисной компании, не требуют экстренной квалифицированной медицинской помощи, не препятствуют продолжению поездки и пребыванию Застрахованного лица вне места постоянного проживания;
 - заболевания, являющиеся следствием любых имевшихся ранее болезней, травм, которые требовали госпитализации, амбулаторного лечения или были диагностированы до наступления срока страхования;
 - хронические заболевания, если это прямо предусмотрено соответствующей Программой страхования, их обострения, последствия и осложнения, не представляющие угрозу для жизни Застрахованного лица;
 - психические, психосоматические заболевания, заболевания центральной нервной системы, а также их обострения, осложнения и последствия, нервные и умственные заболевания; симулирование болезни, депрессии, эпилепсия;
 - врожденные пороки развития и аномалии, генетические заболевания вне зависимости от клинической формы и стадии процесса;
 - беременность, связанные с ней заболевания и осложнения, а также все связанные с ней лечебные, родовспомогательные и иные процедуры, если иное не предусмотрено Договором (Программой) страхования;
 - нарушение менструального цикла;

- заболевания и состояния, требующие применения косметической и пластической хирургии;
 - заболевания, передающиеся половым путем, грибковые заболевания, герпес;
 - любые события, состояния и обстоятельства, связанные с вирусом гепатита С и/или вирусом иммунодефицита (ВИЧ-инфекции) или любым иным подобным синдромом, или связанное с ним состояние;
 - онкологические заболевания, их осложнения и последствия; состояния, обусловленные наличием онкологического заболевания, с момента установления диагноза, относящегося к онкологии;
 - заболевания или расстройства здоровья вследствие невыполнения или ненадлежащего выполнения предписаний врача, уполномоченного Страховщиком и/или Сервисной компанией, а также вследствие самолечения и/или приема медицинских препаратов, не выписанных указанным врачом;
 - опасные инфекционные и/или тропические заболевания, требующие заблаговременной вакцинации до начала поездки (оспа, чума, сибирская язва, холера, сыпной тиф, желтая лихорадка и т.п.) и редкие тяжелые инфекционные заболевания (столбняк, ботулизм, гангрена, туляремия, клещевой энцефалит, бешенство и т.п.)
- б) совершения Застрахованным следующих действий:
- преднамеренного причинения Застрахованным себе телесных повреждений;
 - попытка Застрахованного подвергнуть свою жизнь и здоровье неоправданному риску, за исключением случаев спасения жизни другому человеку;
 - совершение или попытка совершения Застрахованным членовредительства, самоубийства или противоправных действий, подтвержденных решениями суда, прокуратуры, полиции страны пребывания;
 - служба Застрахованного в вооруженных силах или военных формированиях.
 - Поездка в состоянии неполного выздоровления Застрахованного и нахождения его в процессе лечения до отбытия в зарубежную поездку, либо наличия медицинских противопоказаний для осуществления данной поездки. или осуществление поездки с намерением получить лечение;
- в) совершение Застрахованным лицом следующих действий, если иное не указано в Договоре (Полисе):
- выполнение любой работы или исполнение служебных обязанностей, связанных с увеличением риска причинения вреда жизни и здоровью или осложнением своевременного оказания медицинской помощи, или затруднением соблюдения необходимого режима;
 - участие в скачках, автогонках и соревнованиях,
 - занятие любым спортом на профессиональном уровне, включая участие в соревнованиях и тренировки;
 - занятие на любительском уровне следующими видами спорта: верховая езда, авто- и мотоспорт, боевые единоборства и бокс, горные лыжи, слалом, прыжки с трамплина, фристайл, сноуборд, фигурное катание, конькобежный спорт, санный спорт, бобслей, буерный спорт, воднолыжный спорт, прыжки в воду с трамплина, подводное плавание и дайвинг, сертифицированные экскурсии в пещеры, любые воздушные виды спорта, легкая и тяжелая атлетика, игровые виды спорта, велоспорт, акробатика, гимнастика, фехтование, стрельба, плавание, гребля, физические занятия, требующие применения специального снаряжения и оборудования, за исключением случаев, когда данный спорт входит в определение вида отдыха, предусмотренного Договором (Полисом);

- совершение полетов на любом виде летательных аппаратов, за исключением полетов на самолетах и вертолетах в качестве пассажира обычного или чартерного рейса;
3. Для целей настоящих Правил используются следующие определения активного отдыха (указываемое в страховом полисе в качестве расширенного покрытия за дополнительную страховую премию) - **«Спорт»** - любительское (не профессиональное) занятие следующими видами активности - водные мотоциклы, водные лыжи, развлечения на воде с использованием буксируемых надувных средств и парашютов, поездки на велосипедах, мопедах, мотоциклах, мотороллерах и квадроциклах, рафтинг, серфинг, виндсерфинг, сафари, прогулки на лошадях, верблюдах, слонах, пляжный волейбол и другие спортивные игры.; горные и беговые лыжи, коньки, сноуборд, поездки на снегоходах, сани, надувные или иные приспособления для спуска;

Статья 2-3. Расходы, возмещаемые по риску

"Страхование медицинских и иных экстренных расходов"

1. По риску "Страхование медицинских и экстренных иных расходов" подлежат возмещению следующие необходимые и документально подтвержденные прямые реальные расходы, понесенные на Территории страхования в течение Срока страхования по данному риску и непосредственно связанные со страховым случаем:
- "Медицинские расходы",
 - "Медико-транспортные расходы",
 - "Транспортные расходы",
 - "Расходы на экстренную стоматологическую помощь",
 - "Расходы по посмертной репатриации",
 - "Расходы на телефонные переговоры со Страховщиком и/или сервисной (Ассистенской) компанией, непосредственно связанные со страховым случаем, при условии соблюдения порядка, изложенного в статье 2-6".
2. Полный перечень расходов, подлежащих возмещению Страховщиком в рамках конкретного договора страхования предусматривается Программой страхования, на условиях которой заключен такой договор.
3. Ни при каких обстоятельствах не подлежат возмещению расходы, не соответствующие определениям в настоящей статье.
4. Расходы, указанные в п.1 настоящей статьи, оплачиваемые по риску "Страхование медицинских и экстренных иных расходов", включают:
- а) ***"Медицинские расходы"***:
расходы за оказание экстренной медицинской помощи, связанных с ней амбулаторным и стационарным лечением, включая вызов врача к Застрахованному по медицинским показаниям, необходимые лабораторные и диагностические исследования, медицинские процедуры и операции, приобретение медикаментов, расходных и перевязочных материалов, предписанных лечащим врачом. Расходы подлежат возмещению только при соблюдении Застрахованным лицом следующих условий:
- при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Застрахованный до обращения за помощью обязан обратиться в Ассистанскую компанию с целью уведомления Ассистанской компании о наступлении такого случая и организации оказания медицинских услуг;
 - медицинские услуги оказаны медицинским учреждением/врачом по направлению Ассистанской компании.

Самостоятельно осуществленные медицинские расходы по оказанию экстренной медицинской помощи подлежат возмещению без обязательного согласования с Ассистансом только если это прямо предусмотрено соответствующей Программой страхования.

По одному страховому случаю, не потребовавшему госпитализации Застрахованного, Страховщик оплачивает не более 2 (Двух) посещений врача.

Если на момент организованного Сервисной компанией визита врача Застрахованный отсутствует по месту вызова, следующий визит врача организуется за счет Застрахованного. При этом Застрахованный по требованию Страховщика обязан возместить расходы, которые были произведены на организацию визита, несостоявшегося из-за отсутствия Застрахованного.

Страховщик и Ассистанская компания при организации медицинской помощи опираются преимущественно на государственную сеть медицинских учреждений страны (территории) страхования. Возмещение медицинских расходов производится по тарифам государственных клиник или среднерыночным расценкам клиник эконом-класса страны (территории) страхования, руководствуясь нормативными документами, определяющими стандарты по оказанию экстренной медицинской помощи.

При наступлении страхового случая вне территории Российской Федерации, при отсутствии противопоказаний к медицинской транспортировке, в целях минимизации расходов, Страховщик полномочен, принять решение о репатриации Застрахованного на территорию России и оказании медицинской помощи Застрахованному на территории России в соответствии с условиями договора страхования.

б) "Медико-транспортные расходы":

- расходы на медицинскую транспортировку Застрахованного специальным медицинским транспортом или иным транспортным средством в ближайшее согласованное медицинское учреждение или врачу. Транспортировка организуется Сервисной компанией или медицинским учреждением с обязательным согласованием с Сервисной компанией.
- поисково-спасательные расходы, только если это прямо предусмотрено Программой страхования в пределах сумм, указанных в Программе страхования.
- расходы на транспортировку Застрахованного (при необходимости со специальным медицинским сопровождением, специальными средствами и приспособлениями) и одного сопровождающего лица до стационара, ближайшего к аэропорту в России, с которым есть прямое международное сообщение от места пребывания Застрахованного. Транспортировка организуется только Сервисной компанией и только если состояние Застрахованного позволяет осуществить такую транспортировку. Необходимость медицинского сопровождения, специальных средств и приспособлений устанавливается медицинским представителем Сервисной компании и лечащим врачом.

в) "Транспортные расходы":

расходы Застрахованного на проезд до ближайшего транспортного узла места постоянного жительства в один конец. Указанные расходы возмещаются, если отъезд Застрахованного не состоялся вовремя, т.е. в день, указанный в проездных документах, находящихся на руках у Застрахованного, по причине наступления страхового случая, повлекшего необходимость пребывания Застрахованного на стационарном лечении на территории страны временного пребывания.

г) "Расходы на экстренную стоматологическую помощь":

расходы на экстренную стоматологическую помощь в пределах эквивалента 200 (Двести) единиц валюты договора.

Под экстренной стоматологической помощью понимается помощь, связанная с купированием болевого синдрома (в т.ч. вскрытие канала, установка временной пломбы, анестезия, рентген, медикаментозное лечение) в связи с повреждением естественных зубов, удаление зуба.

Если необходимость экстренной стоматологической помощи возникла в результате травмы Застрахованного, которая может быть признана страховым случаем, указанные расходы оплачиваются в соответствии с пп. "а" п.4 настоящей статьи ("Расходы на экстренную медицинскую помощь").

Экстренная стоматологическая помощь организуется Сервисной компанией или Застрахованным самостоятельно только по согласованию с Сервисной компанией.

д) "Расходы по посмертной репатриации"

расходы, согласованные с Ассистанской компанией, по репатриации тела с территории страны временного пребывания до места, где постоянно проживал Застрахованный либо кремации на территории страны временного пребывания, если его смерть наступила в результате страхового случая, в том числе, расходы по вскрытию тела, по приобретению ритуальных принадлежностей, необходимые расходы для осуществления международной перевозки.

Репатриация организуется только Сервисной компанией.

По согласованию с родственниками умершего Застрахованного репатриация останков может быть заменена кремацией на территории поездки и транспортировки урны с прахом в страну, где проживал Застрахованный.

5. Не подлежат возмещению расходы, не связанные непосредственно со страховым случаем и его последствиями, любые косвенные расходы, моральный вред и упущенная выгода (в т.ч. материальный ущерб и моральный вред из-за невозможности участия в экскурсиях или ином организованном отдыхе), а также следующие прямые реальные расходы:

- а)** расходы в части их превышения над страховой суммой и лимитами возмещения, предусмотренных в Договоре по данному виду расходов;
- б)** расходы в пределах франшизы, предусмотренной в Договоре для данного вида расходов;
- в)** расходы на получение медицинских и иных экстренных услуг, не согласованных со Страховщиком и/или Сервисной компанией по телефонам и в порядке, указанным в Договоре страхования, а также в случае отказа Страхователя/Застрахованного от выполнения рекомендаций Сервисной компании или Страховщика, если иное в прямую не предусмотрено договором страхования;
- г)** расходы на оплату курса лечения, начатого до начала Срока страхования и продолжающегося в течение его;
- д)** расходы на лечение, являющееся целью поездки, а также расходы, вызванные ухудшением состоянием здоровья или смертью Застрахованного в связи с этим лечением;
- е)** расходы на оплату любых профилактических мероприятий, карантинных мероприятий, дезинфекций, кроме вакцинации при возникновении непосредственной угрозы заражения при страховом случае;
- ж)** расходы на диагностические исследования, кроме исследований, необходимых для диагностики внезапного заболевания или травм;
- з)** расходы на восстановительное лечение и физиотерапию;
- и)** расходы на оплату медицинского сопровождения и/или особых условий транспортировки, если уполномоченный Сервисной компанией врач подтверждает физическую возможность Застрахованного вернуться на место постоянного проживания в качестве обычного пассажира;

- к) расходы на оплату ухода и/или лечение со стороны родственников и иных неквалифицированных лиц;
- л) расходы на оплату расходов на любое протезирование, включая коронарное шунтирование, установку стентов и искусственных клапанов, аллопластику, эндопротезирование, зубное и глазное протезирование, а также на покупку средства медицинской техники (за исключением оплаты костылей и опорных палок, проката кресла-коляски, стоимость которых не превышает эквивалент 100 (Сто) единиц валюты договора), очков, контактных линз, слуховых аппаратов, брэкет-систем, иных корректирующих медицинских устройств и приспособлений, а также расходы на их подгонку и ремонт;
- м) расходы на оплату медицинских препаратов и любых лекарств, не предписанных врачом;
- н) расходы на оплату лечения, которое может быть, с медицинской точки зрения, осуществлено после возвращения застрахованного в страну постоянного проживания.
- о) расходы на оплату лечения на отдыхе, при санаторном, терапевтическом или попечительском уходе, а также оплату улучшения условий в стационаре;
- п) расходы на имплантацию и реимплантацию органов и тканей, если они не являются операциями выбора;
- р) расходы на оплату общих медицинских осмотров, косметического лечения и/или процедур, водолечения и нетрадиционных методов лечения (в т.ч. акупунктура), массажа, ЛФК, спа-терапии, кислородотерапии, ингаляции, гелиотерапии, грязелечения, талассотерапии, лазеротерапии и пр.;
- с) расходы на экстракорпоральные методы лечения (гемодиализ, плазмофорез, УФО крови и т.п.);
- т) расходы на стоматологический осмотр, рентгеновское исследование, удаление, пломбирование зубов, лечение пародонта и прочие стоматологические процедуры, за исключением расходов, явившихся следствием страхового случая;
- у) расходы, понесенные вне территории страхования.

Статья 2-4. Страховая сумма, лимиты возмещения и франшизы по риску по риску "Страхование медицинских и иных экстренных расходов"

1. Страховая сумма по риску "Страхование медицинских и иных экстренных расходов" устанавливается по согласованию сторон и указывается в Договоре страхования (Полисе). Общая сумма возмещения по риску "Страхование медицинских и иных экстренных расходов" не может превышать указанной страховой суммы.
2. В Договоре страхования (Полисе) могут быть установлены особые лимиты возмещения (максимальные суммы выплат) по отдельным категориям (статьям) расходов, в частности:
 - а) лимит возмещения по стоматологической помощи;
 - б) лимит возмещения по экстренной медицинской помощи при обострении хронического заболевания, имевшегося у застрахованного на момент заключения договора;
 - в) лимит возмещения по расходам на медицинскую помощь, не согласованную со Страховщиком и/или Сервисной компанией в порядке, установленном статьей 2-6.
3. В Договоре страхования (Полисе) может быть установлен размер невозмещаемых Страховщиком убытков (франшиза) по отдельным видам страховых случаев и/или отдельным категориям (статьям) расходов.

Статья 2-5. Обязанности сторон при необходимости экстренной помощи

1. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Застрахованный (его представитель) и/или Страхователь обязаны выполнить общие обязанности,

предусмотренные статьей 1-8 настоящих Правил, в том числе немедленно обратиться в Ассистанскую компанию (Сервисный центр), указанную Страховщиком в Договоре страхования

- а) для обеспечения возможности Страховщику и/или Ассистанской компании своевременно организовать необходимую помощь.
 - б) для согласования самостоятельного обращения за необходимой помощью и расходов, связанных с ней.
2. При получении сообщения о наступлении событий, имеющего признаки страхового случая, Страховщик обязан непосредственно либо посредством Ассистанской компании организовать и/или оплатить предоставление необходимой помощи в предусмотренных Договором страхования (Полисом) объемах.
- Если впоследствии будет установлено, что событие, послужившее основанием для обращения за помощью, не является страховым случаем, либо произведенные Сервисной компанией по требованию Застрахованного расходы не оплачиваются по Договору (Полису), Страхователь (Застрахованный) обязан возместить Страховщику понесенные расходы на организацию и оплату данной помощи в течение 30 (Тридцати) календарных дней с момента получения требования со стороны Страховщика.
3. С момента заключения Договора Застрахованный освобождает врачей, выполнявших обследование или лечение, а также врачей, наблюдавших и/или лечивших его ранее в стране постоянного проживания, от обязанности хранить профессиональную врачебную тайну перед Страховщиком.

**Статья 2-6. Порядок осуществления страховой выплаты по риску
"Страхование медицинских и иных экстренных расходов"**

1. Страховая выплата осуществляется следующим лицам (организациям):
 - а) если необходимая помощь была организована Страховщиком и/или Сервисной компанией, страховая выплата осуществляется Страховщиком непосредственно Сервисной компании и/или организации (медицинскому учреждению, частному врачу и т.д.), организовавшей и/или оказавшей данную помощь, на основании выставленных Страховщику счетов;
 - б) если помощь, оказанная Застрахованному, была оплачена самостоятельно Застрахованным (его представителем) и/или Страхователем, страховая выплата осуществляется Страховщиком непосредственно Застрахованному на основании его письменного заявления с приложением документов, указанных в п.2 настоящей статьи;
 - в) если за оказанную Застрахованному помощь организация (лечебное учреждение, врач) выставила счет на имя самого Застрахованного (его представителя) и/или Страхователя, страховая выплата осуществляется Страховщиком непосредственно данной организации на основании письменного заявления Застрахованного с приложением документов указанных в п.2 настоящей статьи.
2. Для выплаты возмещения в случаях, указанных в пп. "б" и "в" пункта 1 настоящей статьи, Застрахованный (Страхователь) обязан представить Страховщику в срок не позднее 30 (Тридцати) календарных дней с момента окончания Срока страхования Заявление на выплату по установленной Страховщиком форме с приложением к нему оригиналов следующих документов:
 - а) Договор страхования (Полис);
 - б) заграничный паспорт либо иной документ (только для иностранных граждан), содержащий отметки пограничного контроля о пересечении Государственной границы Российской Федерации и территории страхования;

- в) медицинские документы, содержащие сведения о диагнозе, состоянии здоровья Застрахованного в момент обращения за медицинской помощью и о проведенных медицинских манипуляциях, и/или медицинские документы о несчастном случае;
- г) официальный протокол или справка, подтверждающие факт несчастного случая или травмы и обстоятельства происшествия (если такой протокол составлялся);
- д) счета и справки врачей и медицинских учреждений, с указанием перечня и стоимости оказанных услуг, использованных расходных материалов и медикаментов отдельно по датам и стоимости, а также рецепты и платежные документы, подтверждающие оплату медикаментов, указанных в рецептах;
- е) счета за телефонные переговоры с Сервисной компанией по номерам телефонов, указанных в Договоре страхования (Полисе).

Все документы на иностранном языке представляемые Страховщику сопровождаются их заверенным переводом.

3. При обращении за страховой выплатой Застрахованный обязан по требованию Страховщика также предоставить ему:
 - а) необходимую дополнительную информацию о состоянии своего здоровья;
 - б) медицинскую карту амбулаторного и/или стационарного больного, другую первичную медицинскую документацию;
 - в) разрешение (доверенность) на право получения Страховщиком информации о состоянии здоровья Застрахованного и перенесенных им заболеваний из медицинских учреждений;

4. Страховщик также имеет право самостоятельно запрашивать медицинскую документацию, необходимую для решения вопроса о выплате страхового возмещения, в любых лечебных и других учреждениях.

5. В случаях, предусмотренных в пп. "а" п.1 настоящей статьи, выплата страхового возмещения производится в сроки и порядке, согласованном с организацией-получателем.

В случаях, предусмотренных в пп. "б" и "в" п.1 настоящей статьи, выплата страхового возмещения или принятие решения об отказе в выплате производится в течение 15 (Двадцать) рабочих дней с момента получения всех необходимых документов, указанных в настоящих Правилах.

При наличии обстоятельств, требующих специального расследования, проведения обследований и экспертиз, а также получения дополнительных сведений из медицинских учреждений и компетентных органов, срок принятия решения о признании события страховым случаем и выплата страхового возмещения может быть отложен до момента окончания расследования и/или получения указанных сведений. В этом случае срок рассмотрения Страховщиком документов и принятие решения о признании (не признании) события страховым случаем исчисляется с момента получения последнего запрашиваемого документа по данному событию.

6. Страховая выплата производится в размере прямых реальных расходов (убытков), подлежащих возмещению по Договору страхования (Полису), за вычетом франшизы, но не более страховой суммы и лимитов возмещения, установленных в Договоре (Полисе) по данному виду страховых случаев и/или расходов.
7. Возмещение расходов Застрахованного, выраженных в валюте иной, чем российский рубль, производится в рублях по курсу данной валюты к рублю, установленным Центральным Банком РФ на день наступления события, имеющего признаки страхового случая.
8. Принятие решение Страховщиком о признании события страховым случаем (или отказе в признании события страховым случаем, при наличии на то должных оснований), фиксируемом в страховом акте, производится в течении 15 рабочих дней

с момента получения всех необходимых документов от Страхователя (Застрахованного), необходимых для признания события страховым случаем и определения размера ущерба и обстоятельств его возникновения.

9. Страховая выплата производится Страховщиком в течении 15-ти рабочих дней с момента принятия решения о признании события страховым случаем (подписания страхового акта).

РАЗДЕЛ 3. УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ ПО РИСКУ «ПОВРЕЖДЕНИЕ ИЛИ УТРАТА БАГАЖА» (ПРОГРАММА «БАГАЖ»)

Статья 3-1. Объект страхования по риску "Повреждение или утрата багажа"

1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного, связанные с владением, пользованием и распоряжением багажом.
2. Для целей страхования по риску "Повреждение или утрата багажа" "Багажом" считаются предметы хозяйственного и культурно-бытового назначения, а также личные вещи, которые предполагается использовать исключительно в личных целях, официально переданные перевозчику в качестве багажа при следовании Застрахованного с места постоянного проживания на Территорию страхования и обратно, а также при переездах Застрахованного между странами, входящими в Территорию страхования.
3. При любых обстоятельствах не считаются застрахованными следующие предметы, даже соответствующие определению Багажа:
 - антикварные и уникальные предметы, произведения искусства, коллекционные предметы;
 - изделия из драгоценных металлов (включая слитки), драгоценных, полудрагоценных и поделочных камней;
 - предметы религиозного культа;
 - любые документы, рукописи, чертежи, деловые бумаги, денежные знаки, ценные бумаги, билеты;
 - фото-, кино- пленки и отпечатки с них;
 - изделия из стекла и хрусталя, линзы, другие хрупкие предметы;
 - животные, растения, семена;
 - средства авто-, мото- и велотранспорта, воздушные и водные средства транспорта и запасные части к ним;
 - протезы любого вида;
 - любая аппаратура, аудио-, видео-, фото-, киноаппаратура и компьютерные системы, которая не является портативной и мобильной и/или используется в профессиональной деятельности.
4. Следующие предметы считаются застрахованными только если они указаны в Описи, прилагаемой к Договору страхования (Полису), и предполагается их использование по прямому назначению и только в личных целях:
 - мобильные средства связи;
 - изделия из меха;
 - портативные аудио-, видео-, фото-, киноаппаратура;
 - портативные компьютерные системы;
 - любые запасные части, носители информации, расходные материалы и принадлежности к аппаратуре и системам, указанным в данном пункте.

Статья 3-2. Страховые случаи по риску "Повреждение или утрата багажа"

1. Страховым случаем по риску "Повреждение или утрата багажа" является повреждение, уничтожение или утрата багажа, официально переданного перевозчику или ответственному хранителю при следовании Застрахованного с места постоянного проживания на Территорию страхования и обратно, а также при переездах Застрахованного между странами, входящими в Территорию страхования, наступившее в результате:
 - хищения багажа;
 - утраты багажа перевозчиком и/или ответственным хранителем при условии заключения договора хранения;
 - крушения, столкновения, опрокидывания и иных аварий с транспортным средством, на котором перевозился багаж;
 - пропажи багажа вместе с транспортным средством, на котором он перевозился.
2. Не являются страховыми случаями события, не соответствующие определениям, указанным в п.1 настоящей статьи, и/или события, хотя и соответствующие указанным определениям, но произошедшие в результате следующих событий:
 - повреждение, уничтожение или утрата багажа, следующего вместе с Застрахованным в качестве ручной клади, а также багажа переданного перевозчику без соблюдения всех необходимых формальностей;
 - повреждение, уничтожение или утрата багажа, в составе которого находились взрывоопасные, ядовитые и/или едкие вещества;
 - повреждение, уничтожение или утрата полезных свойств предметами багажа вследствие естественных свойств перевозимых в багаже материалов, веществ и предметов (износ, ржавчина, плесень, обесцвечивание);
 - порча багажа насекомыми и грызунами;
 - мелкие поверхностные повреждения и нарушение внешнего вида предметов багажа (царапины, потертости и т.д.), не вызывающие утрату или снижение полезных свойств;
 - повреждение, порча или уничтожение предметов багажа, требующих специальных условий хранения и транспортировки, вследствие несоблюдения данных условий;
 - конфискации багажа таможенными или иными уполномоченными органами;
 - неисполнения или ненадлежащего исполнения владельцем багажа своих обязательств, связанных с перевозкой и хранением багажа, в том числе по оплате, условиям упаковки и своевременному получению багажа;
 - ненадлежащей упаковки предметов багажа.

Статья 3-3. Расходы, возмещаемые по риску "Повреждение или пропавший багаж"

1. По риску "Повреждение или утрата багажа" подлежат возмещению прямые реальные убытки Застрахованного, вызванные утратой или повреждением багажа, официально переданного перевозчику, которое признано страховым случаем.
2. Не подлежат возмещению расходы, не связанные непосредственно со страховым случаем и его последствиями, расходы, не указанные в п.1 настоящей статьи, а также следующие расходы:
 - убытки, вызванные непринятием Застрахованным необходимых мер по сохранности Багажа;
 - убытки, вызванные утратой информации, записанной на утраченном или поврежденном носителе;

Статья 3-4. Страховая сумма, лимиты возмещения и франшизы по риску по риску "Повреждение или утрата багажа"

1. Страховая сумма по риску "Повреждение или утрата багажа" устанавливается со слов Страхователя, если иное не предусмотрено в Договоре, и не должна превышать действительной стоимости Багажа. Страховая сумма указывается в Договоре страхования (Полисе).
 На предметы Багажа, указанные в пункте 4 статьи 3-2 страховая сумма устанавливается отдельно по каждому предмету и указывается в Описи, прилагаемой к Договору страхования (Полису).
 При страховании Багажа без составления описи страхование производится на условиях "страхования по первому риску", то есть если страховая сумма меньше страховой стоимости, выплата страхового возмещения производится в размере фактического ущерба, но не более страховой суммы.
 Общая сумма возмещения по риску "Повреждение или утрата багажа" не может превышать указанной страховой суммы.
2. В Договоре страхования (Полисе) могут быть установлены особые лимиты возмещения (страховые суммы) по отдельным категориям (статьям) расходов, в частности:
 - а) лимит возмещения по отдельному предмету (вещи);
 - б) лимит возмещения по расходам на поиски утраченного Багажа.
3. В Договоре страхования (Полисе) может быть установлен размер не возмещаемых Страховщиком убытков (франшиза) по отдельным видам страховых случаев и/или отдельным категориям (статьям) расходов.

Статья 3-5. Обязанности сторон при повреждении или утрате багажа

1. При наступлении событий, имеющие признаки страхового случая, Застрахованный (его представитель) и/или Страхователь обязаны выполнить общие обязанности, предусмотренные статьей 1-8 настоящих Правил, а также дополнительно:
 незамедлительно заявить о случившемся в компетентные органы по месту пребывания (полиция, таможня, и т.д.) и администрацию учреждения по месту пребывания, обеспечить составление документа, фиксирующего утрату/повреждение багажа (акт, протокол), принять меры к сохранению оставшегося багажа, произвести все действия и оформить документы, необходимые для предъявления претензии перевозчику, в т.ч. составить акт о повреждении или утрате Багажа; подать претензию перевозчику (организации, ответственной за хранение);
 Невыполнение требований настоящего пункта может служить основанием для отказа в страховой выплате либо для уменьшения величины страхового возмещения.
2. При обращении за помощью, предусмотренной Договором страхования (Полисом), Застрахованный (его представитель) и/или Страхователь обязан в дополнения к сведениям, предусмотренным пунктом 2 статьи 1-8, сообщить следующую информацию о предпринятых участниками и властями действия по факту причинения вреда.
3. При получении сообщения о наступлении событий, указанных в п.1 настоящей статьи, Страховщик принимает решение о целесообразности осуществления каких-либо действий со своей стороны и стороны Сервисной компании, направленных на уменьшения убытков и/или поиски утраченного Багажа.
 При необходимости Страховщик и/или Сервисная компания имеет право требовать от Застрахованного либо Страхователя предоставления письменных объяснений и/или имеющихся у них на руках документов. При этом Застрахованный (его представитель) и/или Страхователь обязан незамедлительно переслать необходимые документы согласованным со Страховщиком (Сервисной компанией) способом.

Статья 3-6. Порядок осуществления страховой выплаты по риску "Повреждение или утрата багажа"

1. Выплата страхового возмещения производится Застрахованному, являющемуся собственником Багажа.
2. Для получения страховой выплаты Застрахованный (Страхователь) обязан представить Страховщику в срок не позднее 30 (Тридцати) календарных дней с момента окончания Срока страхования Заявление на выплату по установленной Страховщиком форме с приложением к нему оригиналов следующих документов:
 - а) Договор страхования (Полис);
 - б) заграничный паспорт либо иной документ (только для иностранных граждан), содержащий отметки пограничного контроля о пересечении Государственной границы Российской Федерации;
 - в) оригиналы документов, подтверждающих передачу Багажа перевозчику (багажная квитанция, квитанция о сдаче на хранение);
 - г) оригиналы документов, переданных ранее Страховщику и/или Сервисной компании в виде копий или посредством факсимильной связи в соответствии с требованиями статьи 3-5;
 - д) письменные объяснения обстоятельств и иные документы, необходимые для подтверждения факта страхового случая и размера понесенных убытков (причиненного вреда);
 - е) оригинал билета;
 - ж) копию претензии и иные документы, необходимые для предъявления претензии перевозчику (организации, ответственной за хранение).
3. Страховщик также имеет право самостоятельно запрашивать сведения, необходимые для решения вопроса о выплате страхового обеспечения, в судебных и иных компетентных органах по месту причинения вреда.
4. Страховщик принимает решение о выплате или об отказе в выплате в течение 15 (Пятнадцати) рабочих дней с момента получения всех необходимых документов, указанных в настоящей статье.
При наличии обстоятельств, требующих специального расследования, проведения обследований и экспертиз, а также получения дополнительных сведений из медицинских учреждений и компетентных органов, выплата страхового возмещения может быть отложена до окончания расследования и/или получения указанных сведений.
5. Порядок и форма выплаты страхового возмещения определяются по согласованию между Страховщиком и собственником Багажа.
6. Страховая выплата производится в размере прямых реальных расходов (убытков), подлежащих возмещению по Договору страхования (Полису), за вычетом франшизы, но не более страховой суммы и лимитов возмещения, установленных в Договоре (Полисе) по данному виду страховых случаев и/или расходов.
7. Возмещение расходов Застрахованного, выраженных в валюте иной, чем рубль РФ, производится в рублях по курсу ЦБ РФ для данной валюты на дату страхового случая.

**РАЗДЕЛ 4. УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ ПО РИСКУ
«НЕВОЗМОЖНОСТЬ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ПОЕЗДКИ» (ПРОГРАММА
«ОТМЕНА ПОЕЗДКИ»)**

Статья 4-1. Объект страхования по риску "Невозможность осуществления поездки"

Объектом страхования по риску "Невозможность осуществления поездки" являются имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с невозмещаемыми расходами (убытками) при невозможности осуществления указанной в Договоре страхования (Полисе) поездки.

Статья 4-2. Страховые случаи по риску "Невозможность осуществления поездки"

1. Страховым случаем является возникновение в течение срока страхования невозможности совершения Застрахованным Поездки в результате следующих событий:
 - а) смерть самого Застрахованного либо его близких родственников, если смерть наступил не менее чем за пять дней до выезда;
 - б) внезапное заболевание самого Застрахованного либо его близких родственников, потребовавшие госпитализации, приходящейся на период поездки;
 - в) повреждение или утрата (гибель) имущества Застрахованного вследствие пожара, повреждения водой из водопроводных, канализационных, отопительных систем, причинения вреда третьими лицами, при условии что расследование причин возникновения и устранение последствий произошедшего приходится на период поездки;
 - г) судебное разбирательство, приходящееся на период поездки, в котором Застрахованный обязан участвовать по решению суда;
 - д) получение Застрахованным в установленном законодательством порядке вызова для исполнения воинских обязанностей в течение предполагаемого периода Поездки;
 - е) отказ консульского отдела учреждения в визе Застрахованному и/или выезжающему с ним в совместную поездку физическому лицу, имеющему действующий договор со Страховщиком по программе «Отмена поездки». При этом документы на визу должны быть поданы в порядке и сроки, установленные консульским учреждением;
 - ж) выдача Застрахованному компетентными органами неверно оформленных документов (паспорта, проездных документов и т.д.);
 - з) непредвиденного ограничения на выезд за границу Федеральной службой судебных приставов (ФССП)
2. Не являются страховым случаем события, не соответствующие п.1 настоящей статьи, события (расходы) указанные в разделе 1-10 настоящих Правил, а также события, хотя и соответствующие п.1 настоящей статьи, но наступившие в результате следующих событий:
 - а) отказ уполномоченных органов в выдаче визы (виз) при наличии хотя бы одного из следующих обстоятельств:
 - документы на оформление визы были поданы с нарушением сроков, установленных уполномоченным органом иностранного государства для оформления визы (виз) или не соответствовали его требованиям;
 - документы на оформление визы были поданы в представительство иностранного государства, не уполномоченного выдавать визы лицам, проживающим по месту постоянной регистрации Застрахованного;
 - Застрахованному ранее было отказано в выдаче визы данной страны или страны, входящей в то же объединение стран с единым визовым режимом, в частности страны-участники Шенгенского соглашения;
 - Застрахованный был привлечен к ответственности за нарушение административного, уголовного, таможенного законодательства и визовых правил иностранных государств.
 - б) невозможность осуществления поездки лицом, выезжающим вместе с Застрахованным, кроме случаев особо предусмотренных в Договоре;

- в) плановая госпитализация Застрахованного или его родственников, либо его госпитализация по поводу проведения реконструктивных или пластических операций;
- г) медицинские показания, связанные
 - с необходимостью лечения заболеваний (расстройств здоровья), которые в течение последних 6 (Шести) месяцев требовали лечения (медицинского вмешательства);
 - с состоянием беременности;
 - с психическими заболеваниями;
 - с венерическими заболеваниями и заболеваниями, передающимися половым путем;
 - с состоянием неполного выздоровления и/или проведения курса лечения;
 - с травмами (ранениями), полученными в результате нахождения в состоянии опьянения любой природы и степени тяжести и/или в результате совершения преступных действий, по факту совершения которых было возбуждено уголовное или административное дело/производство;
- д) невозможность осуществления поездки по вине туристической фирмы, включая отзыв лицензии или ликвидацию туристической фирмы, либо невыполнения или ненадлежащее выполнение ею обязательств по договору на оказание туристических услуг.

Статья 4-3. Убытки, возмещаемые по риску "Невозможность осуществления поездки"

1. Возмещению подлежат убытки Застрахованного в размере фактических документально подтвержденных расходов, произведенных им для совершения Поездки и связанных с приобретением туристических услуг, не подлежащие возмещению по договору на оказание услуг туристической фирмой:
Расходы на оплату консульского сбора (платы за выдачу визы) возмещаются, только если это особо указано в Договоре.
2. Не подлежат возмещению убытки, не указанные в п.1 настоящей статьи, в том числе:
 - а) расходы Застрахованного на оплату консульского сбора (платы за выдачу визы), если невозможность осуществления поездки вызвана отказом в выдаче хотя бы одной визы, необходимой для осуществления поездки;
 - б) расходы Страхователя (Застрахованного) на оплату премии по договору комбинированного страхования медицинских и иных экстренных расходов, связанных с Поездкой.

Статья 4-4. Страховая сумма, лимиты возмещения и франшизы по риску "Невозможность осуществления поездки"

1. Страховая сумма по риску "Невозможность осуществления поездки" устанавливается по соглашению сторон в пределах величины расходов, связанных с приобретением туристических услуг, и указывается в Договоре страхования (Полисе) по каждому Застрахованному.
Общая сумма возмещения по риску "Невозможность осуществления поездки" не может превышать указанной страховой суммы.
2. В Договоре страхования (Полисе) может быть установлен размер не возмещаемых Страховщиком убытков (франшиза) по отдельным видам страховых случаев и/или отдельным категориям (статьям) расходов.

Статья 4-5. Обязанности сторон при наступлении событий по риску «Невозможности осуществления поездки»

1. В случае невозможности совершения поездки по причинам, указанным в п.1 статьи 4-2, Страхователь (Застрахованный) обязан сообщить Страховщику в течение 2 (Двух) суток с момента, как ему стало об этом известно.

2. При необходимости Страховщик имеет право требовать от Застрахованного либо Страхователя предоставления письменных объяснений и/или имеющихся у них на руках документов. При этом Застрахованный (его представитель) и/или Страхователь обязан незамедлительно предоставить необходимые документы согласованным со Страховщиком (Сервисной компанией) способом.

**Статья 4-6. Порядок осуществления страховой выплаты по риску
"Невозможность осуществления поездки"**

1. Выплата страхового возмещения осуществляется Застрахованному понесшему расходы при невозможности осуществления поездки, указанной в Договоре страхования (Полисе)
2. Для выплаты возмещения при наступлении страхового случая Застрахованный обязан представить Страховщику в срок не позднее 30 (Тридцати) календарных дней с момента страхового случая Заявление на выплату по установленной Страховщиком форме с приложением к нему оригиналов следующих документов:
 - а) Договор страхования (Полис);
 - б) гражданский и заграничный паспорт Застрахованного;
 - в) договор на оказание услуг туристической фирмы, путевку и приходный кассовый ордер/кассовый чек на оплату указанных услуг (оригиналы);
 - г) документы, подтверждающие возврат туристической фирмой части денежных средств по договору с расшифровкой суммы возврата по видам услуг и расходный кассовый ордер/кассовый чек (оригиналы);
 - д) документы, подтверждающие факт наступления и обстоятельства события, послужившие причиной невозможности осуществления Поездки:
 - справка медицинского учреждения, подтверждающая факт госпитализации (оригинал);
 - свидетельство о смерти (оригинал или нотариально заверенная копия);
 - документы, подтверждающие родство между Застрахованным и заболевшим (умершим) лицом (оригиналы);
 - судебная повестка (оригинал или заверенная выдавшим судом копия);
 - повестка о призыве/ привлечении на военные сборы (оригинал или заверенная выдавшим военкоматом);
 - официальный отказ органа иностранного государства, уполномоченного для выдачи виз;
 - иные документы, выданные уполномоченными органами в зависимости от характера события.
3. Страховщик имеет право запросить дополнительные сведения об обстоятельствах события, послужившего причиной невозможности осуществления поездки. Застрахованный обязан предоставить Страховщику по его требованию письменное разрешение на получение указанной информации в медицинских и иных учреждениях.
4. Страховщик принимает решение о выплате или об отказе в выплате в течение 20 (Двадцати) рабочих дней с момента получения всех необходимых документов, указанных в настоящей статье.
При наличии обстоятельств, требующих специального расследования, проведения обследований и экспертиз, а также получения дополнительных сведений из медицинских учреждений и компетентных органов, выплата страхового возмещения может быть отложена до окончания расследования и/или получения указанных сведений.

О принятом решении Страховщик информирует Застрахованного согласованным с ним способом и согласовывает дату осуществления страховой выплаты.

5. Страховая выплата производится в размере разницы между фактически понесенными расходами Застрахованного, учтенными при определении страховой суммы, и возвращенной туристической и/или транспортной компанией суммой за вычетом франшизы, но не более страховой суммы и лимитов возмещения, установленных в Договоре (Полисе) по данному виду страховых случаев и/или расходов.

РАЗДЕЛ 5. УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ ПО РИСКУ "ГРАЖДАНСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ"

Статья 5-1. Объект страхования по риску "Гражданская ответственность"

Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с обязанностью Застрахованного (лица, чья ответственность застрахована) возместить вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу других лиц (далее - Третьи лица) в течение Срока страхования на Территории страхования.

По риску "Гражданская ответственность" считается застрахованной ответственность Застрахованных лиц, указанных в Договоре страхования (Полисе).

Статья 5-2. Страховые случаи по риску "Гражданская ответственность"

1. Страховым случаем по риску "Гражданская ответственность" является возникновение обязанности Застрахованного (лица, чья ответственность застрахована по данному риску) возместить вред, причиненный им Третьим лицам в течение Срока страхования на Территории страхования. Программой страхования может быть предусмотрен более узкий перечень случаев, которые могут быть признаны страховыми.
2. Не являются страховыми случаями события, не соответствующие определениям, указанным в п.1 настоящей статьи, и/или события, хотя и соответствующие указанным определениям, но произошедшие в результате нижеперечисленных событий, если иное не предусмотрено в Договоре:
 - ответственности, являющейся следствием уголовного преследования по законам страны временного пребывания;
 - ответственности, наступившей вследствие любого умышленного действия (бездействия) Застрахованного, направленного на наступление страхового случая;
 - ответственности, принятой на себя Застрахованным по любым соглашениям или сделкам;
 - признания ответственности, предложения или обещания оплаты, совершенного Застрахованным без предварительного согласия Страховщика;
 - ответственности, наступившей в результате использования любых транспортных средств;
 - ответственности, связанной с принадлежащим Застрахованному имуществом или имуществом, находящимся под его ответственностью, включая домашних животных и багаж;
 - ответственности, наступившей вследствие любой профессиональной деятельности Застрахованного;
 - ответственности, наступившей вследствие оскорбления Застрахованным Третьего лица;
 - ответственности членов семьи Застрахованного;
3. Вне зависимости от иных формулировок, приведенных в Правилах страхования и любых приложениях к ним, риск «Гражданская ответственность» считается

застрахованным только при условии указания в Полисе отдельной страховой суммы по данному риску и страховой премии по страхованию данного риска.

Статья 5-3. Расходы, возмещаемые по риску "Гражданская ответственность"

1. По риску "Гражданская ответственность" подлежат возмещению следующие необходимые и документально подтвержденные прямые реальные расходы, непосредственно связанные со страховым случаем:
 - а) расходы, которые Застрахованный обязан понести в счет возмещения прямого реального ущерба, причиненного им Третьим лицам.
Под реальным ущербом понимаются расходы, которые лицо, чье право нарушено, произвело или должно будет произвести для восстановления нарушенного права, утрата и/или повреждение его имущества;
 - б) расходы, на уменьшение размера убытков и судебные издержки, которые Страховщик сочтет нужным произвести в целях защиты интересов Застрахованного лица в рамках гражданского делопроизводства, включая расходы на адвоката и экспертизы.
 - в) расходы в счет возмещения вреда жизни и здоровью Третьих лиц.
2. Не подлежат возмещению расходы, не связанные непосредственно со страховым случаем и его последствиями, расходы, не указанные в п. 1 настоящей статьи, а также следующие расходы:
 - а) расходы, которые в соответствии с вступившим в силу решением суда Застрахованный обязан понести в счет возмещения морального вреда и упущенной выгоды, причиненного им Третьим лицам;
 - б) расходы, которые были произведены в целях защиты интересов Застрахованного лица без согласования со Страховщиком.

Статья 5-4. Страховая сумма, лимиты возмещения и франшизы по риску по риску "Гражданская ответственность"

1. Страховая сумма по риску "Гражданская ответственность" устанавливается по соглашению сторон и указывается в Договоре страхования (Полисе). Общая сумма возмещения по риску "Гражданская ответственность" не может превышать указанной страховой суммы.
2. В Договоре страхования (Полисе), условиях Программы страхования могут быть установлены лимиты возмещения по отдельным категориям (статьям) расходов;
3. В Договоре страхования (Полисе), условиях Программы страхования может быть установлен размер не возмещаемых Страховщиком убытков (франшиза) по отдельным видам страховых случаев и/или отдельным категориям (статьям) расходов.

Статья 5-5. Обязанности сторон при наступлении событий, которые могут послужить основанием для предъявления претензии о возмещении вреда

1. При наступлении событий, которые могут послужить основанием для предъявления претензий к Застрахованному со стороны Третьих лиц о возмещении причиненного им вреда, Застрахованный (его представитель) и/или Страхователь обязаны выполнить общие обязанности, предусмотренные статьей 1-8 настоящих Правил, а также дополнительно:
 - а) не принимать на себя никаких обязательств по возмещению вреда, не выплачивать никаких сумм в счет возмещения вреда и не делать заявлений о своей виновности без письменного согласования со Страховщиком либо Сервисной компанией;
При невыполнении требований настоящего пункта Страховщик имеет право отказать в страховой выплате либо уменьшить ее величину.

2. При обращении за помощью, предусмотренной Договором страхования (Полисом), Застрахованный (его представитель) и/или Страхователь обязан в дополнения к сведениям, предусмотренным пунктом 2 статьи 1-8, сообщить следующую информацию:
 - а) характер причиненного Третьим лицам вреда;
 - б) предпринятые участниками и властями действия по факту причинения вреда.
3. При получении сообщения о наступлении событий, указанных в п.1 настоящей статьи, Страховщик принимает решение о целесообразности осуществления каких-либо действий со своей стороны и стороны Сервисной компании, направленных на защиту интересов Застрахованного.
 При необходимости Страховщик и/или Сервисная компания имеет право требовать от Застрахованного либо Страхователя предоставления письменных объяснений и/или имеющихся у них на руках документов. При этом Застрахованный (его представитель) и/или Страхователь обязан незамедлительно переслать необходимые документы согласованным со Страховщиком (Сервисной компанией) способом.
4. При получении каких-либо претензий, требований, повесток, приглашений на экспертизы и иных документов со стороны Третьих лиц и/или компетентных органов, связанных с фактом причинения вреда, Застрахованный (его представитель) и/или Страхователь обязан незамедлительно в течение 24 (Двадцати четырех) часов уведомить об этом Страховщика и/или Сервисную компанию по указанным в Договоре страхования (Полисе) телефонам и переслать полученные документы посредством факсимильной связи на указанный Сервисной компанией номер.
5. При вынесении решения суда по делу о причинении вреда Третьим лицам Застрахованный (его представитель) и/или Страхователь обязан незамедлительно в течение 24 (Двадцати четырех) часов уведомить об этом Страховщика и/или Сервисную компанию по указанным в Договоре страхования (Полисе) телефонам и переслать имеющиеся на руках документы посредством факсимильной связи на указанный Сервисной компанией номер.
6. В случае, если Страховщик сочтет необходимым назначение своего адвоката или иного уполномоченного лица для защиты интересов Застрахованного, предоставить указанному лицу всю перечисленную в данной статье информацию и документацию и выдать доверенность на право представлять интересы Застрахованного в суде.
 В процессе ведения делопроизводства по факту причинения вреда Застрахованный и уполномоченные им представители обязаны следовать указаниям Страховщика и/или Сервисной компании, если такие указания имели место.
7. Если в результате неисполнения или ненадлежащего исполнения Застрахованным либо Страхователем своих обязанностей, установленных в настоящей статье, в том числе в части сроков информирования, эффективное осуществление защиты интересов Застрахованного Страховщиком стало невозможно или затруднено, Страховщик имеет право отказать в выплате страхового возмещения, либо уменьшить его величину.

Статья 5-6. Порядок осуществления страховой выплаты по риску "Гражданская ответственность"

1. Выплата страхового возмещения в части сумм, причитающихся в счет возмещения вреда жизни, здоровью и имуществу Третьего лица, производится пострадавшему Третьему лицу, а в случае его смерти - наследникам.
 В случае, если Застрахованный (Страхователь) с письменного согласия Страховщика самостоятельно урегулировал претензии Третьих лиц, страховое возмещение выплачивается Застрахованному при условии предоставления документов, подтверждающих произведенные расходы и издержки.

Выплата страхового возмещения в части расходов по уменьшению вреда и судебных расходов осуществляется Застрахованному (лицу, чья ответственность застрахована).

2. Для получения страховой выплаты Застрахованный (Страхователь) обязан представить Страховщику в срок не позднее 30 (Тридцати) календарных дней с момента окончания Срока страхования Заявление на выплату по установленной Страховщиком форме с приложением к нему оригиналов следующих документов:
 - а) Договор страхования (Полис);
 - б) заграничный паспорт либо иной документ (только для иностранных граждан), содержащий отметки пограничного контроля о пересечении Государственной границы Российской Федерации;
 - в) вступившее в силу решение суда о возмещении вреда Третьим лицам в случае, если дело о возмещении вреда урегулировалось в судебном порядке;
 - г) оригиналы документов, переданных ранее Страховщику и/или Сервисной компании в виде копий или посредством факсимильной связи в соответствии с требованиями статьи 5-5;
 - д) письменные объяснения обстоятельств и иные документы, необходимые для подтверждения факта страхового случая и размера понесенных убытков (причиненного вреда);
 - е) счета за телефонные переговоры с Сервисной компанией по номерам телефонов, указанных в Договоре страхования (Полисе).
3. Страховщик также имеет право самостоятельно запрашивать сведения, необходимые для решения вопроса о выплате страхового обеспечения, в судебных и иных компетентных органах по месту причинения вреда.
4. Принятие решения об отказе в выплате производится в течение 20 (Двадцати) рабочих дней с момента получения всех необходимых документов, указанных в настоящей статье.
 При наличии обстоятельств, требующих специального расследования, проведения обследований и экспертиз, а также получения дополнительных сведений из медицинских учреждений и компетентных органов, выплата страхового возмещения может быть отложена до окончания расследования и/или получения указанных сведений.
5. Порядок и форма выплаты страхового возмещения определяются по согласованию между Страховщиком и Третьим лицом, которому был причинен вред. Застрахованный (лицо, чья ответственность застрахована) имеет право получить у Страховщика всю информацию, касающуюся порядка и формы выплаты страхового возмещения Третьем лицу.
6. Страховая выплата производится в размере прямых реальных расходов (убытков), подлежащих возмещению по Договору страхования (Полису), за вычетом франшизы, но не более страховой суммы и лимитов возмещения, установленных в Договоре (Полисе) по данному виду страховых случаев и/или расходов.
 Если причиненный в результате страхового случая вред компенсирован другими лицами (в т.ч. по договорам страхования имущества), страховая выплата производится в размере разницы между суммой, подлежащей возмещению Третьим лицам по Договору (Полису), и суммой, компенсированной другими лицами.
7. Возмещение расходов Застрахованного, выраженных в валюте иной, чем рубль РФ, производится в рублях по курсу ЦБ РФ для данной валюты на дату страхового случая.

Статья 6-1. Объект страхования по риску "Юридическая помощь"

Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с расходами на получение срочной юридической помощи при наступлении страхового случая в течение Срока страхования на Территории страхования.

По риску "Юридическая помощь" считается застрахованной ответственность Застрахованных лиц, указанных в Договоре страхования (Полисе).

Статья 6-2. Страховые случаи по риску "Юридическая помощь"

1. Страховым случаем по риску "Юридическая помощь" является необходимость обращения Застрахованного (лица, чья ответственность застрахована по данному риску) за юридической помощью, в связи с наступлением страхового события по рискам «Медицинские расходы», или в связи с утратой документов, удостоверяющих личность застрахованного за рубежом.
2. Не являются страховыми случаями события, подпадающие под исключения по рискам «Медицинские расходы», а так же возникшие в результате противоправных действий Застрахованного или при алкогольном опьянении Застрахованного.

Статья 6-3. Расходы, возмещаемые по риску "Юридическая помощь"

1. По риску "Юридическая помощь" подлежат возмещению прямые расходы Застрахованного по получению согласованной со Страховщиком или с Сервисной компанией юридической помощи, в связи с наступлением страхового события.

Статья 6-4. Страховая сумма, лимиты возмещения и франшизы по риску по риску "Юридическая помощь"

1. Страховая сумма по риску "Юридическая помощь" устанавливается по согласованию сторон и указывается в Договоре страхования (Полисе). Общая сумма возмещения по риску "Юридическая помощь" не может превышать указанной страховой суммы.
2. В Договоре страхования (Полисе) может быть установлен размер не возмещаемых Страховщиком убытков (франшиза) по отдельным видам страховых случаев и/или отдельным категориям (статьям) расходов.

Статья 6-5. Обязанности сторон при наступлении событий по риску "Юридическая помощь"

1. При наступлении событий, которые могут послужить основанием для обращения за юридической помощью Застрахованный (его представитель) и/или Страхователь обязаны выполнить общие обязанности, предусмотренные статьей 1-8 настоящих Правил, а также дополнительно:
 - а) следовать указаниям Страховщика и/или Сервисной компании, если такие указания имели место, а так же оформить документы, подтверждающие расходы и содержание оказанной юридической помощи.

Статья 6-6. Порядок осуществления страховой выплаты по риску "Юридическая помощь"

1. Выплата страхового возмещения производится Застрахованному, понесшему расходы по данному риску.
2. Для получения страховой выплаты Застрахованный (Страхователь) обязан представить Страховщику в срок не позднее 30 (Тридцати) календарных дней с момента окончания Срока страхования Заявление на выплату по установленной Страховщиком форме с приложением к нему оригиналов следующих документов:
 - а) Договор страхования (Полис);

- б) заграничный паспорт либо иной документ (только для иностранных граждан), содержащий отметки пограничного контроля о пересечении Государственной границы Российской Федерации и территории страхования;
 - в) оригиналы документов, переданных ранее Страховщику и/или Сервисной компании в виде копий или посредством факсимильной связи;
 - д) письменные объяснения обстоятельств и иные документы, необходимые для подтверждения факта страхового случая и размера понесенных убытков;
3. Страховщик также имеет право самостоятельно запрашивать сведения, необходимые для решения вопроса о выплате страхового обеспечения.
 4. Страховщик принимает решение о выплате или об отказе в выплате в течение 20 (Двадцати) рабочих дней с момента получения всех необходимых документов, указанных в настоящей статье.
 При наличии обстоятельств, требующих специального расследования, проведения обследований и экспертиз, а также получения дополнительных сведений из медицинских учреждений и компетентных органов, выплата страхового возмещения может быть отложена до окончания расследования и/или получения указанных сведений.
 5. Страховая выплата производится в размере прямых реальных расходов (убытков), подлежащих возмещению по Договору страхования (Полису), за вычетом франшизы, но не более страховой суммы и лимитов возмещения, установленных в Договоре (Полисе) по данному виду страховых случаев и/или расходов.
 6. Порядок и форма выплаты страхового возмещения определяются по согласованию между Страховщиком и Застрахованным.
 7. Возмещение расходов Застрахованного, выраженных в валюте иной, чем рубль РФ, производится в рублях по курсу ЦБ РФ для данной валюты на дату страхового случая.

Приложение 1
к Правилам страхования
граждан, выезжающих за рубеж

Страховые тарифы

Табл.1. Базовые тарифные ставки при страховании на 12 дней.

Страховой риск	Брутто-ставка, % от страховой суммы
«Медицинские и иные экстренные расходы» в части расходов на лечение, вызванных острым внезапным заболеванием, обострением хронического заболевания или травмой Застрахованного, а именно: - медицинские расходы; - расходов на экстренную стоматологическую помощь;	0,009620
«Медицинские и иные экстренные расходы» в части дополнительных расходов, связанных с лечением Застрахованного или его смертью, либо смертью его родственника, а именно: - медико-транспортные расходы; - транспортные расходы; - расходов по посмертной репатриации;	0,016220
«Повреждение или утрата багажа»	0,089758
«Невозможность осуществления поездки»	2,097210
«Гражданская ответственность»	0,023240
«Юридическая помощь»	0,007040

Базовый тариф Т_б рассчитан для средней продолжительности поездки, составляющей 12 дней, и на этой основе определяется базовый тариф Т₁ на один день поездки по формуле $T_1 = T_b/12$. Для иной продолжительности поездки, составляющей d дней, базовая тарифная ставка Т(d) рассчитывается пропорционально продолжительности поездки согласно формуле : $T(d) = T_1 * d$.

При заключении конкретного договора страхования Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам повышающие и понижающие коэффициенты в зависимости от следующих факторов риска : маршрут поездки (страна посещения) (повышающие от 1,01 до 10,0 и понижающие от 0,1 до 0,99), цель и продолжительность поездки (повышающие от 1,3 до 5,0 и понижающие от 0,5 до 0,99), возраст лица, выезжающего за рубеж, состояние его здоровья (повышающие от 1,01 до 8,0 и понижающие от 0,1 до 0,99), занятие различными видами спорта (повышающие от 1,2 до 6,0 и понижающие от 0,6 до 0,99), иных обстоятельств, которые Страховщик определяет в каждом конкретном случае при заключении конкретного договора страхования в зависимости от результатов оценки страхового риска (повышающие от 1.01 до 10.0 и понижающие от 0.1 до 0.99).