

**ПРАВИЛА
страхования расходов
граждан, выезжающих
за рубеж**

ERGO



To the attention of doctor rendering medical assistance!

The holder of this medical insurance policy is insured in the insurance company «Ergo» to cover medical and medical-transport expenses incurred as a result of sudden acute disease or an accident.

Please call the telephone numbers of the assistance organization, indicated in the policy, for payment approval prior to treatment.



Sehr geehrter behandelnder Arzt!

Der Inhaber dieser Krankenversicherungspolice ist bei der Versicherungsgesellschaft «Ergo» versichert. Durch sie sind medizinische Behandlungen — sowie Transportkosten abgedeckt, die in Folge einer plötzlichen Erkrankung oder eines Unfalls eintreten.

Bitte rufen Sie die in dieser Police angegebene entsprechende Telefonnummer zwecks Zustimmung zur Übernahme der anfallenden Kosten vor Beginn der Behandlung an.



Monsieur le Docteur,

Le titulaire de cette police medicale d'assurance est assure a la compagnie d'assurance «Ergo», pour rembourser medical et le transport medical fait a la suite maladie soudaine aigu, ou l'accident.

S'il vous plait, telephonnez selone le numero de telephone indique dans la police, pour l'approbation du paiment avant le traitement.



Estimado Doctor,

La Persona titular de esta poliza de seguro esta asegurada por la Copania Popular de Seguros de «Ergo» con coberturas medicas y medicas de transportacion.

Le rogamos ponerse en contacto con nosotros el telefono indicado en la poliza a fin de garantizarle los gastos antes del comienzo del tratamiento del asegurado.

Утверждаю

Председатель Правления САО ЭРГО
Протокол № 10 от 26 ноября 2015 г.
Генеральный директор

**ПРАВИЛА
страхования расходов граждан, выезжающих за рубеж**


Александр Май

Содержание

1. Общие положения	4	8. Порядок заключения и прекращения действия договора	29
2. Объект страхования	8	9. Права и обязанности сторон	34
3. Страховые случаи. Объем страхового покрытия. Программы страхования	8	10. Действия застрахованного при наступлении страхового случая	38
4. Исключения из страхового покрытия	15	11. Порядок осуществления страховых выплат	39
5. Страховая сумма. Франшиза	22	12. Отказ в страховой выплате	44
6. Страховая премия	27	13. Порядок разрешения споров	45
7. Срок и территория действия договора страхования	27		

Правила страхования расходов граждан, выезжающих за рубеж

1. Общие положения

1.1. Настоящие Правила страхования разработаны в соответствии с законодательством РФ о страховании и содержат условия, на которых Страховое акционерное общество ЭРГО, именуемое в дальнейшем Страховщик, заключает договоры (полисы) страхования на случай возникновения возможных непредвиденных расходов и / или убытков, понесенных Страхователем (Застрахованным лицом) и иными лицами, предусмотренными в договоре страхования и настоящих Правилах страхования, в период пребывания Застрахованного лица за рубежом.

1.2. При заключении договора (полиса) страхования в соответствии с настоящими

Правилами страхования, эти Правила становятся неотъемлемой частью договора (полиса) страхования и являются обязательными для Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя и Страховщика, если в договоре (полисе) прямо указывается на применение настоящих Правил страхования и сами правила изложены в одном документе с договором (полисом) страхования или на его оборотной стороне, либо они приложены к договору (полису), о чем в договоре (полисе) страхования сделана соответствующая запись.

1.3. При заключении договора (полиса) страхования Стороны могут договориться о неприменении отдельных положений настоящих Правил страхования, а также

о дополнении договора (полиса) страхования положениями, отличными от тех, которые изложены в тексте настоящих Правил страхования, при том, что отступления от Правил страхования не противоречат действующему законодательству РФ.

1.4. При наличии противоречий между положениями настоящих Правил страхования и условиями договора (полиса) страхования, преимущественную силу имеют положения договора (полиса) страхования.

1.5. Страховщик вправе на основе настоящих Правил страхования формировать условия страхования по отдельному договору (полису) или отдельной группе договоров (полисов) страхования, заключаемых

на основе настоящих Правил страхования, ориентированные на конкретного Страхователя (Застрахованного лица) или группу, — в той мере в какой это не противоречит законодательству РФ и настоящим Правилам страхования.

Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных договоров (полисов) страхования, заключенных на основе настоящих Правил страхования, в той мере, в какой это не противоречит законодательству РФ.

1.6. Основные термины и определения, используемые в настоящих Правилах страхования:

1.6.1. **Постоянное место жительства** — место, где Застрахованное лицо постоянно или преимущественно проживает.

1.6.2. **Страховщик** — Страховое акционерное общество ЭРГО, имеющее лицензию федерального органа исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью на право проведения страхования граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства и действующее на основании Устава.

1.6.3. **Страхователь** — юридическое лицо любой организационно-правовой формы, предприниматель без образования юридического лица или дееспособное физическое лицо, заключившие со Страховщи-

ком договор страхования в соответствии с настоящими Правилами.

1.6.4. Сервисная компания — организация, которая на основании договора, заключенного со Страховщиком, обеспечивает Застрахованным лицам при наступлении страхового случая организацию и оказание услуг экстренной медицинской и иной помощи, входящих в страховое покрытие и предусмотренных настоящими Правилами и договором (полисом) страхования.

1.6.5. Застрахованные лица — физические лица, являющиеся гражданами РФ, иностранными гражданами или лицами без гражданства, в отношении которых заключен договор страхования. Если иное

не предусмотрено договором страхования, возраст Застрахованного лица должен составлять не более 80 (восемьдесят) полных лет на момент начала действия договора страхования. Настоящее страхование не распространяется, и не считаются застрахованными в соответствии с настоящими Правилами страхования лица, состоящие на учете в психоневрологическом и / или наркологическом диспансере. События, произошедшие с указанными лицами, не являются страховыми случаями в соответствии с настоящими Правилами страхования.

1.6.6. Близкие родственники Застрахованного лица — муж, жена, родители, родные братья и сестры, дети.

1.6.7. Выгодоприобретатель — физическое или юридическое лицо, в пользу которого заключен договор (полис) страхования и которое, в соответствии с условиями договора (полиса) страхования, настоящих Правил страхования и действующего законодательства РФ, имеет право на получение страховой выплаты.

Договор страхования считается заключенным в пользу Застрахованного лица, если в договоре (полисе) страхования не названо в качестве Выгодоприобретателя другое лицо. В случае смерти лица, застрахованного по договору, в котором не назван иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники застрахованного лица.

Договор страхования в пользу лица, не являющегося Застрахованным лицом, может быть заключен только с письменного согласия Застрахованного лица. Замена Выгодоприобретателя, назначенного с согласия застрахованного лица, допускается лишь с согласия этого лица.

Заключение договора в пользу Выгодоприобретателя, в том числе, когда им является Застрахованное лицо, не освобождает Страхователя от обязанностей по договору страхования.

Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после того, как он выполнил какую-либо из обязанностей по договору страхования или предъявил стра-

ховщику требование о выплате страхового возмещения или страховой суммы.

1.6.8. Несчастный случай — внезапное кратковременное, непредвиденное внешнее воздействие на организм застрахованного, повлекшее за собой расстройство его здоровья или смерть, не являющееся следствием заболевания или врачебных манипуляций, произошедшее в период действия договора страхования независимо от воли Застрахованного лица, Страхователя и / или Выгодоприобретателя.

1.6.9. Неожиданное заболевание — внезапное заболевание, возникшее на территории страхования в период действия договора страхования, которое проявляется

изменением структуры и функций организма, угрожает жизни или здоровью человека и требует неотложной / экстренной медицинской помощи.

1.6.10. Хроническое заболевание — постоянное или длящееся продолжительное время расстройство здоровья Застрахованного лица, сопровождающееся выраженным или скрытым нарушением физических, физиологических или психических функций всего организма или отдельных его органов и частей тела.

1.6.11. Обострение Хронического заболевания — стадия течения хронического заболевания, характеризующаяся усилением имеющихся симптомов или появлением новых.

1.6.12. **Персональные данные** — любая информация, относящаяся к Застрахованному лицу, в том числе его фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, семейное, социальное, имущественное положение, образование, профессия, доходы, другая информация.

1.6.13. Под **обработкой персональных данных** по настоящим Правилам понимается обработка Страховщиком персональных данных (включая данные о состоянии здоровья) любыми необходимыми Страховщику для исполнения договора страхования способами, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том

числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

1.7. Для терминов, используемых в настоящих Правилах страхования и в договорах (полисах) страхования, заключенных на основании настоящих Правил, для которых настоящими Правилами не установлены определения, используется термины и определения, установленные законодательством РФ.

2. Объект Страхования

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству имущественные интересы Застрахованного,

связанные с непредвиденными расходами, возникшими в период действия договора страхования во время пребывания за пределами государственной границы РФ и произошедшими в результате неожиданного заболевания, обострения хронического заболевания Застрахованного лица или несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом, повлекших расходы на оказание медицинских и иных услуг.

3. Страховые случаи.

Объем страхового покрытия.

Программы страхования.

3.1. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное Договором (полисом) страхования, с наступ-

плением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

3.1.1. Страховым случаем является фактически совершившееся, внезапное, непредвиденное и непреднамеренное событие, предусмотренное договором страхования и происшедшее в период его действия.

3.2. В рамках настоящих Правил страховым случаем признается возникновение у Застрахованного лица предусмотренных договором (полисом) страхования и настоящими Правилами страхования расходов в период действия договора (полиса) страхования, а именно, непредвиденных, необходимых с медицин-

ской точки зрения расходов на лечение Застрахованного лица (медицинских расходов), а также возникновение иных необходимых расходов, сопутствующих оказанию медицинской помощи (медицинская эвакуация, транспорт, связь, репатриация тела), в том числе по транспортировке сопровождающего Застрахованного лица и его несовершеннолетних детей, вызванных неожиданным заболеванием, обострением хронического заболевания или несчастным случаем Застрахованного лица (далее — **страхование медицинских и иных непредвиденных расходов**);

3.3. Объем страхового покрытия по страховым случаям, указанным в п. 3.2. (стра-

хование медицинских и иных непредвиденных расходов) настоящих Правил:

3.3.1. Экстренная медицинская помощь при неожиданном заболевании или несчастном случае.

Договором страхования предусмотрено обязательство Страховщика по оплате расходов:

3.3.1.1. на амбулаторное лечение, госпитализацию Застрахованного лица по медицинским показаниям в связи с неожиданным / внезапным заболеванием, обострением хронического заболевания и несчастным случаем, (только теми мето-

дами и средствами, которые признаны научными и клинически апробированы);

3.3.1.2. на медикаментозные средства по предписанию врача;

3.3.1.3. на перевязочные материалы, простые шины и гипсовые повязки (за исключением специальных креплений, приспособлений и устройств) и вспомогательные средства;

3.3.1.4. на необходимые и целесообразно проведенные диагностические исследования, процедуры, лабораторные анализы, электрокардиограммы, рентгенографию, анестезию, необходимые манипуляции и курсы лечения;

3.3.1.5. на экстренное оперативное хирургическое вмешательство, непроведение которого угрожает жизни Застрахованного лица.

3.3.2. Транспортировка при неожиданном заболевании или несчастном случае.

Договором страхования предусмотрено обязательство Страховщика по оплате расходов:

3.3.2.1. по доставке Застрахованного лица с необходимым сопровождением или без него в ближайшее лечебное учреждение или, при наличии достаточных, по мнению Страховщика, медицинских оснований, в лечебное учреждение, позволяющее

оказать наиболее квалифицированную помощь. Транспортировка организуется сервисной Компанией или Страховщиком наиболее экономически целесообразным способом. При несогласовании с сервисной компанией и Страховщиком. расходы возмещаются в размере, не превышающем расходы, которые бы наступили, если бы транспортировка организовывалась Страховщиком или сервисной компанией по критерию наибольшей доступности и наименьшей затратности с учетом особенностей конкретного случая;

3.3.2.2. в связи с госпитализацией — в размере расходов по перевозке Застрахованного лица в пункт, согласованный с сервисной компанией / Страховщиком

и при наличии у Застрахованного показаний к дополнительным условиям (услугам) при транспортировке (необходимое сопровождение, extra seat, и т. п). Необходимость в дополнительных условиях подтверждается формой Fit-to-Travel, которую заполняет лечащий врач непосредственно перед транспортировкой.;

3.3.2.3. на эвакуацию Застрахованного лица по решению Страховщика до больницы, ближайшей к аэропорту в стране постоянного проживания в размере расходов, согласованных с сервисной компанией и Страховщиком. Транспортировка организуется только сервисной компанией или Страховщиком, и только, если состояние Застрахованного лица позволяет

осуществить такую транспортировку. Необходимость медицинского сопровождения, специальных средств и приспособлений устанавливается медицинским представителем сервисной компании и лечащим врачом.

3.3.3. Репатриация в случае смерти.

Договором страхования предусмотрено обязательство Страховщика по оплате расходов:

3.3.3.1. на организованную сервисной компанией или Страховщиком репатриацию останков Застрахованного лица в размере расходов по перевозке в аэропорт, наиболее близкий к предполагаемому месту захоронения в стране постоянного проживания, с которым есть прямое

международное сообщение, при условии, что Застрахованное лицо находилось вне страны постоянного проживания на территории страхования.

3.3.4. Оплата срочных сообщений в связи со страховым случаем.

Страховщик оплачивает расходы за телефонную / факсимильную связь Застрахованного лица со Страховщиком или сервисной компанией, обусловленную наступлением страхового случая в размере не более 100 (ста) евро по каждому страховому случаю.

Расходы на телефонную / факсимильную связь возмещаются Застрахованному лицу

при предъявлении подтверждающих документов в случае, если произошедшее событие будет признано страховым случаем. Подтверждающими документами признаются оригинал счета за телефонную / факсимильную связь за печатью телефонной компании с указанием номера абонента, времени и продолжительности звонка / количества отправленных листов (при факсимильной связи), его стоимости, документы об оплате счета.

3.3.5. Визит родственника Застрахованного лица.

Страховщик оплачивает согласованные с сервисной компанией и Страховщиком расходы на проезд экономическим или приравненным к нему классом и пребы-

вание за пределами постоянного места жительства одного близкого родственника, в случае госпитализации Застрахованного лица, если иное не указано в договоре страхования. Расходы на проживание и на проезд, не согласованные с сервисной компанией или Страховщиком, возмещению не подлежат (не являются страховым случаем)

3.3.6. Эвакуация несовершеннолетних детей

Договором страхования предусмотрено обязательство Страховщика по оплате расходов:

3.3.6.1. на возвращение несовершеннолетних детей Застрахованного лица, если они

остались без присмотра в результате страхового случая с Застрахованным лицом, в страну постоянного проживания самолетом в экономическом классе, при условии, что Застрахованное лицо находилось вне страны постоянного проживания, и расходы согласованы с сервисной компанией и Страховщиком, если иное не указано в договоре страхования. Расходы на возвращение несовершеннолетних детей Застрахованного лица, не согласованные с сервисной компанией или Страховщиком, возмещению не подлежат (не являются страховым случаем);

Страховщик оставляет за собой право воспользоваться проездными документами несовершеннолетних детей Застрахован-

ного лица для их эвакуации, если иное не указано в договоре страхования.

3.3.7. Досрочное возвращение Застрахованного лица.

Страховщик оплачивает расходы на досрочное возвращение Застрахованного лица в страну постоянного проживания в случае неожиданной смерти, серьезного заболевания его близкого родственника, повлекшее за собой госпитализацию и лечение в реанимационном отделении лечебного учреждения, или чрезвычайного происшествия с имуществом Застрахованного лица, повлекшего причинение крупного материального ущерба Застрахованному лицу и требующего обязательного при-

сутствия Застрахованного лица по месту проживания, самолетом в экономическом классе до ближайшего к месту его постоянного проживания аэропорта, с которым есть прямое международное сообщение, при условии, что расходы согласованы с сервисной компанией и Страховщиком, если иное не указано в договоре страхования. Указанные расходы, не согласованные с сервисной компанией или Страховщиком, возмещению не подлежат (не являются страховым случаем);

Страховщик оставляет за собой право воспользоваться проездными документами Застрахованного лица для его досрочного возвращения в страну постоянного проживания. При возможности возврата неис-

пользованного билета Страховщик оплачивает разницу между суммой возврата и стоимостью нового билета.

3.3.8. Экстренная стоматологическая помощь.

Страховщик оплачивает лечение зубов при острой зубной боли или разрушении (потери) зубов вследствие травм в размере не более 200 (двухсот) евро (лимит ответственности Страховщика) за весь период страхования. (Под экстренной стоматологической помощью понимаются немедленно облегчающие состояние стоматологические процедуры по лечению натуральных (естественных) зубов, обусловленные травмами, полученными

в результате несчастного случая или острой зубной болью, но не последующее восстановительное лечение).

3.4. В рамках «страхования медицинских и иных расходов» различают следующие типы рисков:

3.4.1. **Стандартные** — риски, не связанные с профессиональной деятельностью Застрахованного лица, занятием спортом и активным отдыхом.

3.4.2. **Активный отдых** — риски, связанные с развлечением на воде с использованием водных велосипедов, каноэ, буксируемых надувных средств и парашютов; снорклингом; посещением аквапарка, водных аттракционов; игрой в водное

поло в бассейне; волейболом / футболом, в том числе на пляже; катанием на лыжах (кроме горных), коньках; спуском в пещеры с экскурсией; велосипедными прогулками по специально выделенным полосам движения; игрой в гольф, теннис (большой и настольный); бегом трусцой; катанием на животных (лошади, верблюды, слоны и пр.); управлением мопедом, мотороллером, скутером, мотоциклом, квадрациклом при движении по дорогам общего пользования и при наличии водительских прав соответствующей категории; ездой / пребыванием на лодке/маломерном судне; рыбалкой; треккингом.

3.4.3. **Спортивные** — риски, указанные в п. 3.4.2., а также связанные с занятием

спортом на любительском уровне, а именно: подводным плаванием (дайвингом) с использованием дыхательных аппаратов и /или длительной задержкой дыхания, водными видами активного отдыха (прыжками в воду с трамплина, водные лыжи, водный мотоцикл и т. п.), зимними видами активного отдыха (горные лыжи, сноуборд, снегоход и т. п.).

3.4.4. **Повышенные** — иные риски, не указанные в п. п. 3.4.1. — 3.4.3., связанные с профессиональной деятельностью, ремеслом Застрахованного или занятием активными видами отдыха и спортом, в том числе любительским, организованным, профессиональным спортом (спорт — сфера деятельности как сово-

купность видов спорта, сложившаяся в форме соревнований и специальной практики подготовки человека к ним), участием в соревнованиях и тренировках, а также альпинизмом, скалолазанием, маунтинбайком, рафтингом, спуском в пещеры, охотой, спортивным туризмом, скачками, любыми видами спорта, связанными с животными, авто и мотогонками; с любыми формами полетов, в том числе полетами на безмоторных летательных аппаратах, моторных планерах, сверхлегких летательных аппаратах, прыжками и полетами на парашютах, за исключением совершаемых в качестве пассажира, оплатившего проезд регулярным авиарейсом или лицензированным чартерным рейсом по установленному маршруту.

3.4.5. Не является страховым случаем событие, произошедшее с Застрахованным лицом при осуществлении деятельности, не предусмотренной типом риска, указанного в договоре (полисе) страхования.

3.4.6. Если в договоре (полисе) страхования не отмечены(указаны) риски предусмотренные п. п. 3.4.2. — 3.4.4., застрахованным считается «стандартный» тип риска (п.3.4.1.).

3.5. При наступлении страхового случая Страховщик оставляет за собой право на досрочное возвращение Застрахованного лица в страну постоянного проживания для оказания необходимой медицинской помощи за счет Застрахованного лица. Отказ Застрахованного лица от его воз-

вращения влечет утрату прав Застрахованного лица от покрытия Страховщиком дальнейших расходов на его лечение и пребывание в медицинском учреждении за рубежом.

4. Исключения из страхового покрытия

4.1. По любому виду страхования, предусмотренному настоящими Правилами страхования, и по любой программе страхования не признаются страховыми случаями и не покрываются страхованием события, возникшие в результате:

4.1.1. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

4.1.2. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий и их последствий;

4.1.3. Гражданской войны, народных волнений, всякого рода забастовок или террористических актов и их последствий, если иное не предусмотрено договором;

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

4.1.5. Умысла Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя;

4.1.6. Получения травм и заболеваний, вызванных умышленными преступными или противоправными действиями Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя, за исключением травм, полученных Застрахованным лицом в автотранспортной аварии, возникшей по вине Застрахованного лица;

4.1.7. Автотранспортной аварии, если Застрахованное лицо управляло транспортным средством, не имея водительских прав, или передало управление лицу, не имеющему водительских прав, а также вследствие управления автотранспортным средством Застрахованным лицом, либо лицом, допущенным к управлению, находившемся в состоянии алкогольного, наркотического-

го или токсического опьянения, или под воздействием лекарственных препаратов, противопоказанных при управлении автотранспортным средством; или, если Застрахованное лицо пренебрегло и не воспользовалось средствами безопасности (защиты) как вместе, так и по отдельности, такими, как ремень безопасности, шлем, каска, спасательный жилет, и иными средствами безопасности, предусмотренными правилами эксплуатации транспортного средства;

4.1.8. Случаев, при которых Застрахованное лицо по собственной воле пренебрегло средствами защиты от прямого или косвенного воздействия ионизирующей, проникающей радиации, солнечного излучения;

4.1.9. болезненного состояния Застрахованного лица, являющегося следствием употребления возбуждающих, алкогольных напитков и веществ, наркотических и токсических веществ или препаратов, имеющих одурманивающее действие;

4.1.10. занятия активными видами отдыха, спортом, участия в официально проводимых спортивных соревнованиях, работой по найму, если об этом не заявлено при заключении договора страхования и не уплачен дополнительный страховой взнос и в Договоре страхования (страховом полисе) отсутствует соответствующая оговорка;

4.1.11. самоубийства (попытки самоубийства), членовредительства;

4.1.12. расходы в части превышения страховой суммы или лимитов ответственности Страховщика, предусмотренных в договоре страхования или в настоящих Правилах страхования.

Возмещению Страховщиком не подлежат моральный вред, упущенная выгода, иные косвенные убытки (непосредственно не связанные со страховым случаем) и расходы, как самого Застрахованного лица, так и третьих лиц, которые претендуют на выплату страхового возмещения.

4.2. Не является страховым случаем событие, повлекшее расходы, не предусмотренные выбранной Страхователем (Застрахованным лицом) программой страхования.

4.3. Не относятся к страховым случаям расходы, возникшие по основаниям, предусмотренным главой 3. настоящих Правил в результате событий, происшедших до начала действия договора страхования или наступивших вне территории, указанной в договоре страхования (страховом полисе).

4.4. Договором страхования не покрываются убытки, понесенные Страхователем (застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) в результате события, хотя и произошедшего в течение срока действия договора страхования, но причины наступления которого начали действовать до вступления договора страхования в силу.

4.5. При заключении Договора страхования на случай наступления событий, предусмотренных п. 3.2. настоящих Правил **(страхование медицинских и иных расходов)** не признаются страховыми событиями и не покрываются настоящим страхованием:

4.5.1. расходы на медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу с профилактической целью, а также не обусловленные медицинскими показаниями лечебно-диагностические процедуры при болезнях и травмах, на общие медицинские осмотры и / или диспансеризацию, вакцинацию, за исключением расходов на введение противостолбнячной и антирабической сыворотки при возникнове-

нии непосредственной угрозы развития инфекционного заболевания, угрожающего жизни Застрахованного лица;

4.5.2. расходы, связанные с реабилитацией, лечением Застрахованного лица на отдыхе, с санаторным, терапевтическим или попечительским уходом;

4.5.3. расходы, связанные с инфекциями, передающимися половым путем, а также заболеваниями, вызванными или связанными с ВИЧ, СПИД или любыми иными подобными синдромами, или связанными с ними состояниями;

4.5.4. расходы, связанные с уходом за больными со стороны родственников, независимо от того, являются ли они профессионалами;

4.5.5. расходы на погребение;

4.5.6. расходы на лечение (в том числе покупку лекарственных средств) хронических заболеваний, их осложнений и последствий, даже если Застрахованное лицо ранее не подвергалось лечению и не знало о наличии указанных заболеваний;

4.5.7. расходы на лечение алкоголизма, наркомании, токсикомании, а также острых отравлений, вызванных алкоголем, наркотическими и другими одурманивающими веществами;

4.5.8. расходы на лечение психических заболеваний и других расстройств поведения, психосоматических, психоневрологических заболеваний, а также расходы

на купирование и лечение осложнений и любых других последствий (травмы, заболевание или смерть), вызванных этими состояниями, расходы в связи с симулированием болезни;

4.5.9. расходы на физиотерапевтические процедуры и рефлексотерапию, иные виды нетрадиционных методов лечения (в том числе акупунктура, иглотерапия, хиропрактика, фито- и натуротерапия, гомеопатия, гирудотерапия, массаж, ЛФК, спатерапия, кислородотерапия, грязелечение, гелиотерапия и т.п) и способы, официально не признанных наукой и медициной;

4.5.10. расходы на профилактические прививки;

4.5.11. расходы на стоматологическую помощь, не являющуюся экстренной;

4.5.12. расходы, связанные с пластической, косметической, восстановительной хирургией, микрохирургией и сопутствующим лечением, а также всякого рода протезированием и подготовкой к нему, включая эндопротезирование, зубное и глазное, устранением недостатков внешности или аномалий фигуры;

4.5.13. расходы на медицинскую помощь, связанную с заболеваниями сердечнососудистой системы, нервной системы, опорно-двигательного аппарата и органов чувств, требующих сложного реконструктивного оперативного лече-

ния (кардиохирургического, нейрохирургического и т. п.), включая хирургические и иные инвазивные вмешательства на сердце и сосудах (аортокоронарное шунтирование, ангиопластика, имплантация электрокардиостимулятора, установка стентов и искусственных клапанов и т. п.), расходы по оплате хирургических и иных инвазивных вмешательств на позвоночнике, центральной и периферической нервной системе, даже при наличии медицинских показаний к их проведению;

4.5.14. на диагностику, обследование и лечение по поводу онкологических и иных опухолевых заболеваний и их осложнений;

4.5.15. расходы, связанные с консультациями и обследованиями во время протекания беременности, консультациями, обследованиями и лечением осложнений беременности вне зависимости от ее сроков (в том числе по осуществлению абортов, включая самопроизвольные), а также расходы по родовспоможению и послеродовому уходу за ребенком;

4.5.16. расходы, связанные с предоставлением услуг (включая лекарственные средства), не являющихся, по мнению Страховщика, необходимыми с медицинской точки зрения, или с лечением, не назначенным врачом;

4.5.17. расходы, понесенные в результате военной службы Застрахованного лица в вооруженных силах любой страны;

4.5.18. понесенные расходы немедицинского характера, в том числе, разговоры по телефону, за исключением случаев телефонной / факсимильной связи со Страховщиком или сервисной компанией, обусловленных наступлением страхового случая;

4.5.19. расходы, связанные с оказанием услуг медицинским учреждением (врачом), не имеющим соответствующей лицензии, либо если на момент оказания медицинской помощи действие лицензии было приостановлено;

4.5.20. расходы, связанные с наступлением внезапного заболевания (либо его симптомов) или несчастного случая, произошедшими до начала действия срока страхования

или по его истечении, а также расходы, которые имели место после возвращения Застрахованного лица в страну постоянного проживания;

4.5.21. расходы, связанные с приобретением лекарственных препаратов без назначения врача, а также их применением, повлекшим расстройство здоровья Застрахованного лица;

4.5.22. расходы в отношении любой эвакуации и / или репатриации, не организованной Страховщиком и / или сервисной компанией, а также расходы, возникшие в результате добровольного отказа Застрахованного лица от эвакуации в страну постоянного проживания, организо-

ванной Страховщиком и / или сервисной компанией;

4.5.23. расходы, которые могут быть покрыты на основании иных страховых полисов (в том числе полисов обязательного медицинского страхования) или за счет какой-либо государственной или частной программы, проводимой в стране пребывания;

4.5.24. расходы, связанные с заболеванием или последствиями (осложнениями) заболевания вирусными гепатитами, исключая гепатит «А» и «Е»;

4.5.25. расходы на медицинские и транспортные услуги в случаях нахождения Застрахованного лица на момент насту-

пления страхового события в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения;

4.5.26. расходы по эвакуации/репатриации в случае незначительных болезней или травм, которые, по мнению назначенного Страховщиком медицинского консультанта, поддаются местному лечению и не препятствуют продолжению путешествия Застрахованного лица;

4.5.27. расходы Застрахованного лица, понесенные им в связи с наступлением страхового случая без согласования со Страховщиком, превышающие 250 (двести пятьдесят) ЕВРО по каждому страховому случаю;

4.5.28. расходы на диагностику и лечение заболеваний неуточненной этиологии и / или патогенеза либо при отсутствии четко сформулированного диагноза;

4.5.29. расходы на диагностику и лечение особо опасных и / или тропических инфекций (натуральная оспа, чума, сибирская язва, холера, сыпной тиф, желтая лихорадка, малярия, геморрагические лихорадки, лихорадка Денге и другие заболевания в соответствии с законодательством РФ), редких тяжелых инфекционных заболеваний (в частности, столбняк, ботулизм, туляремия, бешенство), туберкулеза, микозов, зоонозов;

4.5.30. расходы на любого рода диагностические исследования, в том числе корона-

рографию и ангиографию, за исключением процедур и обследований, необходимых для диагностики неожиданного заболевания или травмы;

4.5.31. расходы, связанные с оперативным вмешательством, которое не является экстренным;

4.5.32. расходы на проведение компьютерной томографии и магнитно-ядерной томографии, за исключением случаев, когда указанные процедуры были проведены по указанию сервисной компании и Страховщика;

4.5.33. расходы на покупку средств медицинской техники, на подбор, коррекцию,

ремонт и приобретение очков, контактных линз, слуховых аппаратов, изготовление и приобретение протезов, инвалидных колясок, ортопедических аппаратов, брекет-систем, иных корректирующих медицинских устройств и приспособлений;

4.5.34. расходы, обусловленные заболеваниями, выступившими причиной официального объявления региона поездки нерекомендованным для посещения;

4.5.35. расходы на экстракорпоральные методы лечения (в том числе, гемодиализ, плазмофорез, УФО крови);

4.5.36. расходы, вызванные заболеваниями крови и кроветворных органов, в том числе вовлекающих иммунный механизм;

4.5.37. расходы, вызванные стихийными бедствиями и их последствиями, эпидемиями, карантинном, метеоусловиями, если иное не предусмотрено договором страхования;

4.5.38. расходы в пределах франшизы, предусмотренной договором или Правилами страхования.

5. Страховая сумма. Франшиза

5.1. Страховой суммой является устанавливаемая в договоре страхования по соглашению сторон и (или) определенная в порядке, установленном федеральным законом сумма, в пределах которой Страховщик обязуется произвести страховые

выплаты по договору страхования за весь период страхования.

Страховая сумма, по рискам, указанным в п. 3.2. настоящих Правил страхования, определяется соглашением Страхователя со Страховщиком.

Страховая сумма устанавливается в российских рублях. По соглашению сторон в договоре страхования может быть указана страховая сумма в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в рублях (в дальнейшем страхования с валютным эквивалентом).

Страховая сумма устанавливается в размере, определенном исходя из требований

к размеру страховой суммы, предъявляемых иностранным государством, которое намеревается посетить застрахованное лицо, но не менее суммы, эквивалентной двум миллионам рублей по официальному курсу Центрального банка РФ, установленному на дату заключения договора страхования.

5.2. В договоре страхования может быть установлен лимит ответственности Страховщика - сумма, не превышающая установленную в договоре (полисе) страхования сумму, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату по одному или группе рисков, по одному или группе застрахованных объектов, по одному страховому случаю, либо по всем

страховым случаям, произошедшим за весь срок действия договора (полиса) страхования. Лимит ответственности Страховщика может быть установлен в абсолютном размере или в процентах от страховой суммы (лимита ответственности Страховщика).

5.3. Страховая сумма (Лимит ответственности Страховщика) может быть агрегатной(-ым) и неагрегатной(-ым). Если договором (полисом) страхования не предусмотрено иное, страховая сумма (лимит ответственности Страховщика) является агрегатной(-ым).

5.3.1. Если в договоре (полисе) страхования установлена неагрегатная страховая сумма (лимит ответственности Страховщи-

ка), то она является суммой (лимитом ответственности Страховщика), в пределах которой(-го) Страховщик обязуется осуществить страховую выплату по каждому страховому случаю, произошедшему в период действия договора (полиса) страхования, при этом страховая сумма (лимит ответственности Страховщика) не уменьшается на сумму ранее произведенной страховой выплаты;

5.3.2. Если в договоре (полисе) страхования установлена агрегатная (-ый) страховая сумма (лимит ответственности Страховщика), то она является суммой (лимитом ответственности Страховщика), в пределах которой(-го) Страховщик обязуется осуществить страховые выплаты

по всем страховым случаям, произошедшим в период действия договора (полиса) страхования, при этом страховая сумма (лимит ответственности Страховщика) уменьшается на сумму страховой выплаты с момента ее осуществления. В необходимых случаях Страхователь может восстановить страховую сумму (лимит ответственности Страховщика) после осуществления Страховщиком страховой выплаты до первоначального размера, заплатив дополнительную страховую премию.

5.4. Если иное не предусмотрено в договоре страхования, по отдельным видам расходов устанавливаются следующие лимиты ответственности Страховщика:

- лимит по экстренной помощи, при диагностике и лечении обострений хронических заболеваний, даже если Застрахованное лицо ранее не подвергалось лечению и не знало о наличии указанных заболеваний, составляет сумму эквивалентную не более 1000 (тысячи) евро, включая расходы на транспортировку и / или репатриацию;
- лимит по расходам Застрахованного лица, понесенным им в связи с наступлением страхового случая без согласования со Страховщиком, составляет сумму эквивалентную не более 250 (двухсот пятидесяти) ЕВРО;
- лимиты возмещения по иным видам расходов предусмотрены договором стра-

хования, соответствующей программой страхования и настоящими Правилами.

5.4.1. лимит ответственности Страховщика по п. 3.3.3. (**Репатриация в случае смерти**) составляет 5000 (пять тысяч) евро;

5.4.2. лимит ответственности Страховщика по п.3.3.4. (**Оплата срочных сообщений в связи со страховым случаем**) составляет 100 (сто) евро по каждому страховому случаю;

5.4.3 лимит ответственности Страховщика по п.3.3.5. (**Визит родственника Застрахованного лица**) составляет 2000 (две тысячи) евро за весь период страхования;

5.4.4. лимит ответственности Страховщика по п. 3.3.6. (**Эвакуация несовершеннолетних детей**) составляет 2000 (две тысячи) евро за весь период страхования;

5.4.5. лимит ответственности Страховщика по п. 3.3.7. (**Досрочное возвращение Застрахованного лица**) составляет 2000 (две тысячи) евро за весь период страхования;

5.4.6. лимит ответственности Страховщика по п. 3.3.8. (**Экстренная стоматологическая помощь**) составляет 200 (двести) евро за весь период страхования;

5.4.7. лимит ответственности Страховщика по расходам в связи с автотранспортной аварией (ДТП), возникшей по вине За-

страхованного лица, составляет не более 10 000 (десяти тысяч) евро.

Если при наступлении страхового случая расходы на лечение или другие расходы превышают установленные настоящими Правилами лимиты либо страховую сумму, установленную договором страхования и настоящими Правилами, то доля расходов, превышающая установленные лимиты и суммы, остается на собственном удержании Застрахованного лица.

5.5. Договором (полисом) страхования может быть установлена франшиза.

5.6. Франшиза может быть условной или безусловной и устанавливается в процентах от страховой суммы или в абсолютном размере.

Условная франшиза — величина ущерба, не подлежащая возмещению Страховщиком в случае, если ущерб менее установленного размера условной франшизы. Если размер ущерба превышает величину условной франшизы, то ущерб возмещается без учета франшизы.

Безусловная франшиза — величина ущерба, не подлежащая возмещению Страховщиком. Если размер ущерба превышает величину безусловной франшизы, то ущерб возмещается за вычетом величины безусловной франшизы.

Если в договоре страхования имеется указание на франшизу в процентах от страховой суммы или в абсолютном размере, но

не указано, какой вид франшизы применяется, считается, что Договором страхования установлена безусловная франшиза.

5.7. Франшиза может быть установлена на каждый или группу застрахованных рисков, на каждый или несколько страховых случаев. Если в договоре страхования не указано иное, считается, что франшиза установлена на каждый страховой случай.

5.8. По Договорам страхования, заключенным в период пребывания Застрахованного лица на территории страхования, в обязательном порядке применяется временная (установленная в днях) франшиза — 5 (пять) календарных дней с даты заключения договора страхования. Договор страхования

не распространяется (страховое покрытие не действует и страховым случаем не являются) на случаи с признаками страховых, имевшие место или начавшие свое действие в период 5 (пять) календарных дней с даты заключения договора страхования. Под случаями с признаками страховых для целей настоящего положения понимаются, заболевания, несчастные случаи, смертельные исходы, необходимость получения экстренных медицинских и иных услуг, расходы на транспортировку, репатриацию и иные события из упомянутых в Правилах страхования. Сюда же относятся симптомы, впоследствии развившиеся и приведшие к наступлению страхового случая, а равно события, вызвавшие расходы, покрываемые условиями настоящих Правил.

6. Страховая премия

6.1. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь (либо лицо, действующее по его поручению — Платательщик), обязан внести Страховщику не позднее даты начала срока страхования.

При определении размера страховой премии Страховщик применяет разработанные им страховые тарифы. Страховщик вправе применять повышающие и понижающие коэффициенты с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

6.2. Страховая премия уплачивается единовременно, если иное не предусмотрено

договором (полисом) страхования. Страховая премия уплачивается в порядке и сроки, предусмотренные договором (полисом) страхования.

6.3. Уплата страховой премии (страховых взносов) может производиться наличными деньгами или по безналичному расчету. Датой уплаты страховой премии (страховых взносов) признается:

- дата получения денежных средств уполномоченным представителем Страховщика или дата уплаты денежных средств в кассу Страховщика — при наличных расчетах;
- дата зачисления денежных средств на расчетный счет Страховщика или его представителя — при безналичных расчетах.

6.4. В случае неуплаты страховой премии в срок, предусмотренный п. 6.2. настоящих Правил, договор страхования считается не вступившим в силу, не заключенным и не порождает для сторон каких-либо правовых последствий, если иное не предусмотрено Договором страхования.

7. Срок и территория действия договора страхования

7.1. Если иное не предусмотрено договором (полисом) страхования, Договор вступает в силу с даты, указанной в договоре (полисе), но не ранее выезда Застрахованного за административные границы РФ, при условии своевременной оплаты Страхователем страховой премии.

7.2. Срок действия договора страхования устанавливается:

- на срок поездки;
- на иной срок, указанный в договоре страхования, но не более одного года, если иное не предусмотрено договором страхования.

7.3. Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на страховые случаи, произошедшие после вступления договора страхования в силу и в срок, определенный договором страхования.

7.3.1. Для договора (полиса) страхования, заключенного на случай наступления со-

бытий, указанных п. 3.2. настоящих Правил страхования (за исключением договоров страхования, указанных в п. 5.8. настоящих Правил страхования), период действия страхования начинается со дня, указанного в договоре (полисе) страхования, но не ранее выезда Застрахованного лица за административные границы РФ и действует до момента пересечения границы РФ при возвращении, но не позднее дня, указанного в договоре (полисе) страхования как окончание договора страхования.

7.4. Договор (полис) страхования может быть заключен сроком до одного года и предусматривать многократные поездки Застрахованного лица за пределы РФ,

в этом случае страхование действует в пределах того количества дней, которое определено в соответствующем разделе договора (полиса) страхования в графе «дней». При каждом выезде за границу срок страхования, указанный в договоре (полисе) страхования автоматически уменьшается на количество дней, проведенных на территории страхования (п. 7.6. настоящих Правил); при этом ответственность Страховщика прекращается по истощении Застрахованным лицом периода, установленного в графе «дней». Неполный день считается как полный.

7.5. Если к моменту окончания срока действия договора (полиса) страхования возвращение Застрахованного лица к месту

постоянного проживания невозможно в связи с экстренной госпитализацией в результате несчастного случая и внезапной болезни, Страховщик выполняет свои обязательства по возмещению связанных с данным страховым случаем расходов в пределах страховой суммы до тех пор, пока состояние Застрахованного лица, по заключению врача, не позволит его репатриацию в страну постоянного проживания.

7.6. Страховое покрытие, предусмотренное настоящими Правилами, распространяется на страны, указанные в договоре страхования (полисе), и не действует при наступлении страхового события в других странах.

8. Порядок заключения и прекращения действия договора

8.1. По договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил, Страховщик обязуется, за обусловленную договором плату (страховую премию), при наступлении предусмотренного в договоре события (страхового случая), осуществить страховую выплату в пределах определенной договором (полисом) страхования страховой суммы и лимитов ответственности Страховщика, а также в соответствии с условиями настоящих Правил и договора (полиса) страхования, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в установленном договором страхования порядке.

Договор страхования заключается в соответствии с настоящими Правилами на основании устного или письменного заявления по форме, устанавливаемой Страховщиком.

Для заключения договора страхования и оценки страхового риска Страховщик вправе запросить у Страхователя следующие документы:

а) документы, идентифицирующие Страхователя и / или Выгодоприобретателя, а также документы, подтверждающие полномочия лица, действующего от имени Страхователя и / или Выгодоприобретателя, такие как:

- для Страхователя физического лица: паспорт гражданина РФ (иной документ,

признаваемый в соответствии с законодательством РФ в качестве документа, удостоверяющего личность); военный билет; паспорт иностранного гражданина, либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина; разрешение на временное проживание; вид на жительство; иные документы, предусмотренные законом или международным договором, удостоверяющие личность лица, имеющего намерение заключить договор страхования.

Документом, удостоверяющим личность лица без гражданства, является документ,

выданный иностранным государством и признаваемый РФ в качестве документа удостоверяющего личность в соответствии с международным договором РФ.

- для Страхователя юридического лица: индивидуальный номер налогоплательщика ИНН, выписка из ЕГРЮЛ (иной аналогичный документ, если это иностранное юридическое лицо); документ, подтверждающий аккредитацию филиала / представительства на территории РФ, если это иностранное юридическое лицо, банковские реквизиты; место нахождения, почтовый и фактический адрес; основной государственный регистрационный номер (в соответствии с требованиями законодательства); статистические коды

осуществляемой деятельности (ОКВЭД), если они не указаны в выписке из ЕГРЮЛ; номера телефона, факса, адреса электронной почты, номер телетайпа и другая контактная информация, информация о бенефициарных владельцах.

- надлежащим образом удостоверенная доверенность или иные документы, подтверждающие полномочия лица, а также документ, удостоверяющий его личность в силу абз. 1. пп. «а» настоящего пункта.

б) информацию о состоянии здоровья Застрахованного лица из медицинских учреждений на территории РФ или иностранного государства (медицинская карта амбулаторного и / или стационарного

больного и др. первичная медицинская документация) не менее чем за последние 5 (пять) лет.

Страховщик вправе сократить вышеуказанный перечень документов, необходимых для заключения договора страхования или оценки страхового риска.

При заключении договора страхования Страхователь/Застрахованное лицо освобождает врачей от обязательств хранить врачебную тайну (включая факт обращения за медицинской помощью) перед Страховщиком и соглашается на предоставление Страховщику информации, составляющей врачебную тайну (включая факт обращения за медицинской помощью), в полном объеме.

Страхователь/Застрахованное лицо также соглашается на передачу Страховщиком сведений, составляющих врачебную тайну (включая факт обращения за медицинской помощью) перестраховщику, любым организациям, действующим по поручению и в интересах Страховщика, а также государственным органам и учреждениям по их письменному запросу.

Страхователь, заключая Договор страхования на основании настоящих Правил, в соответствии с Федеральным законом РФ «О персональных данных», выражает Страховщику согласие на обработку своих персональных данных, содержащихся в документах, передаваемых Страховщику в целях продвижения товаров, работ, услуг

на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов со Страхователем с помощью средств связи в целях обеспечения исполнения заключенного Договора страхования, а также выражает Страховщику согласие на предоставление (в т. ч. Выгодоприобретателю (-ям) информации об исполнении Страховщиком и / или Страхователем обязательств по Договору страхования, в том числе информацию об оплате и размере страховой премии (страховых взносов), размере страховой суммы, о возникновении и урегулировании претензий, наступлении / вероятности наступления страховых случаев, выплате страхового возмещения и другую имеющую отношение к заключенному Договору страхования информацию. Обработка персональ-

ных данных осуществляется посредством сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, распространения (в том числе передачу), обезличивания, блокирования, уничтожения персональных данных, как на бумажных, так и на электронных носителях, а также посредством осуществления иных действий, направленных на обработку персональных данных Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя). Указанное согласие Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) действительно в течение срока действия Договора страхования и в течение 5 (пяти) лет после окончания срока действия Договора страхования. Настоящее

согласие может быть отозвано Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) посредством направления Страховщику соответствующего письменного заявления.

8.2. Договор страхования заключается в письменной форме путем составления одного подписанного сторонами документа, либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком до предполагаемой поездки. В последнем случае, согласие Страхователя заключить договор на предложенных Страховщиком условиях, подтверждается принятием от Страховщика страхового полиса и / или фактом

оплаты страховой премии по договору (полису) страхования.

8.2.1. Договор страхования, заключаемый с юридическим лицом, оформляется путем составления одного документа с приложением списка застрахованных (бордеро). В этом случае договором может быть предусмотрено вручение Застрахованным лицом документа, подтверждающего заключение договора страхования в его пользу (страхового полиса, условий страхования, памятки и т. д.).

8.3. В договоре страхования подпись Страховщика / Представителя страховщика может быть выполнена путем факсимильного воспроизведения подписи

с помощью средств механического или иного копирования, электронно-цифровой подписи, либо иного аналога собственноручной подписи допускается в случаях и в порядке, предусмотренных законом, иными правовыми актами.

8.4. Изменение или дополнение условий договора (полиса) страхования возможно по соглашению Сторон, заключаемому в письменной форме.

8.5. В случае изменения (дополнения) условий договора (полиса) страхования новые условия начинают действовать с момента заключения дополнительного соглашения, если иное прямо не предусмотрено дополнительным соглашением.

8.6. Действие договора (полиса) страхования прекращается досрочно в случаях:

8.6.1. по соглашению сторон, заключенному в письменной форме, с даты, указанной в таком соглашении;

8.6.2. выполнения Страховщиком обязательств по страховым выплатам в полном объеме (в размере страховой суммы (лимита ответственности) до истечения срока страхования, если в договоре (полисе) страхования установлена агрегатная страховая сумма (лимит ответственности). При этом никаких дополнительных взаиморасчетов между сторонами не производится;

8.6.3. если возможность наступления страхового случая отпала, и существо-

вание страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. В этом случае Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование. Страховщик возвращает Страхователю страховую премию за неистекший срок действия договора (Полиса), за вычетом расходов Страховщика в размере, предусмотренном утвержденной структурой тарифной ставки.

8.6.4. отказа Страхователя (Застрахованного) от договора (полиса) страхования (с учетом ст. 958. ГК РФ). При отказе Страхователя (Застрахованного) от договора страхования после начала срока страхо-

вания, уплаченная Страховщику страховая премия возврату не подлежит. При отказе Страхователя (Застрахованного) от договора страхования до начала срока страхования, страховая премия подлежит возврату Страхователю (Застрахованному) за вычетом расходов Страховщика в размере 49 % от страховой премии. Выплата указанной в настоящем пункте суммы производится не позднее 10 (десяти) банковских дней с момента поступления заявления на расторжение договора и предоставления документов, обосновывающих причину досрочного расторжения договора страхования.

8.6.5 по требованию Страховщика при неисполнении Страхователем (Застрахо-

ванным лицом) обязанности, предусмотренной п. 9.4.4. настоящих Правил, или, если Страхователь возражает против изменения условий договора (полиса) страхования или доплаты страховой премии, вследствие наступления обстоятельств, влекущих увеличение степени риска.

8.6.6. в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ и договором (полисом) страхования.

8.7. Во всех случаях прекращения договора страхования, за исключением перечисленных в пп. 8.6.2. и 8.6.3. настоящих Правил, Страхователь (Застрахованное лицо) обязан вернуть Страховщику оригинал страхового полиса.

9. Права и обязанности сторон

9.1. Страховщик имеет право:

9.1.1. при заключении договора страхования применять разработанные им формы договора страхования (страхового полиса);

9.1.2. требовать от Застрахованного лица выполнения обязанностей по договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, когда Застрахованное лицо предъявит требование о страховой выплате по договору страхования;

9.1.3. требовать документы, касающиеся состояния здоровья Застрахованного

лица, направлять запросы в медицинские учреждения, компетентные органы государственной власти, учреждения, организации, предприятия, индивидуальным предпринимателям и физическим лицам, в целях выяснения причин и обстоятельств наступления события, имеющего признаки страхового случая;

9.1.4. проверять соблюдение условий, на которых был заключен договор страхования, проверять достоверность сообщаемых Страхователем / Застрахованным лицом сведений;

9.1.5. потребовать от Страхователя оплаты дополнительной страховой премии в случае изменения существенных усло-

вий страхования или изменения степени риска в период действия договора страхования, а в случае отказа Страхователя уплатить дополнительную страховую премию, расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном законодательством РФ;

9.1.6. требовать от Страхователя/Застрахованного лица / Выгодоприобретателя документы, подтверждающие наступление страхового случая, размер подлежащего выплате страхового возмещения;

9.1.7. произвести экспертизу для установления причинно-следственной связи между заявленными событиями и наступившими последствиями;

9.1.8. направить Застрахованное лицо на дополнительное медицинское освидетельствование в связи с заявленным событием, имеющим признаки страхового случая;

9.1.9. в необходимых случаях, для составления страхового акта, настаивать на привлечении соответствующих специалистов;

9.1.10. предъявлять требования к лицу, ответственному за причиненный ущерб, в пределах суммы страховой выплаты.

9.2. Страховщик обязан:

9.2.1. не разглашать сведения о Страхователе и его имущественном положении,

если это не вступит в противоречие с законодательными актами РФ;

9.2.2. ознакомить Страхователя с Правилами страхования, в том числе путем размещения Правил страхования на сайте Страховщика www.ergo.ru в разделе «Правила и тарифы».

9.3. Страхователь имеет право:

9.3.1. с письменного согласия Застрахованного лица указать при заключении договора страхования физических или юридических лиц (Выгодоприобретателей) для получения страховых выплат по договорам страхования;

9.3.2. с письменного согласия Застрахованного лица заменить Выгодоприобретателя,

названного в договоре страхования, другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика;

9.3.3. на часть страховой премии при досрочном отказе от договора страхования, если это предусмотрено договором или законодательством РФ.

9.4. Страхователь/Застрахованное лицо обязаны:

9.4.1. уплатить страховую премию в порядке и в сроки, установленные договором страхования;

9.4.2. ознакомиться с Правилами страхования; выполнять обязанности по договору;

9.4.3. при заключении договора страхования, сообщить Страховщику известные

Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и характера страхового риска, если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику;

9.4.4. в период действия договора страхования незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;

9.4.5. после того, как ему стало известно о наступлении страхового случая, уведо-

мить о его наступлении Страховщика или его представителя, сервисную компанию, таким способом и в такие сроки, которые определены договором;

9.4.6. при наступлении страхового случая, предусмотренного договором страхования, принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры, чтобы уменьшить возможные убытки; принимая такие меры, Страхователь должен следовать указаниям Страховщика, если они сообщены Страхователю;

9.4.7. передать Страховщику все документы и доказательства, и сообщить ему все сведения, необходимые для осуществления Страховщиком перешедшего к нему

права требования в порядке суброгации;

9.4.8. уплатить Страховщику стоимость страхового полиса при его повторной утрате, равную сумме страховой премии, уплаченной при заключении договора страхования;

9.4.9. Страхователь обязан ознакомить Застрахованных лиц с Правилами страхования;

9.4.10. представить по требованию Страховщика за свой счет и своими силами любую необходимую информацию для установления факта наступления страхового случая, его причин и обстоятельств, и / или определения объема страховой выплаты.

9.5. Застрахованное лицо имеет право получить от Страхователя условия страхования, памятку, а также настоящие Правила, при утрате страхового полиса – получить его дубликат за плату, установленную Страховщиком.

9.6. Страхователь (Застрахованное лицо), заключая договор (полис) страхования, в соответствии с Федеральным законом «152-ФЗ «О персональных данных», выражает свое согласие Страховщику на обработку его персональных данных (включая данные о состоянии здоровья) любыми способами, необходимыми для исполнения обязательств по настоящему договору (полису) страхования (том числе передачу третьим лицам), на период: с даты заклю-

чения договора страхования до истечения пятилетнего срока с даты его прекращения \ расторжения.

10. Действия застрахованного лица при наступлении страхового случая

10.1. Для оказания медицинской и иной помощи, а также при наступлении страхового случая по риску «медицинские и иные непредвиденные расходы» Застрахованное лицо обязано в течение суток с даты наступления события уведомить о происшедшем диспетчерский центр сервисной компании, телефоны которой указаны в страховом полисе. При этом следует сообщить следующую информацию:

10.1.1. фамилия, имя Застрахованного лица, дату рождения;

10.1.2. номер страхового полиса и срок действия договора страхования;

10.1.3. описание обстоятельств происшедшего и характер требуемой помощи;

10.1.4. местонахождение Застрахованного лица и номер контактного телефона для обратной связи;

10.1.5. иную информацию по запросу сервисной компании.

10.2. В случае физической невозможности Застрахованного лица связаться с диспетчерским центром сервисной компании или Страховщиком, непосредственно,

перед консультацией с врачом или госпитализацией, Застрахованное лицо должно при первой же возможности уведомить (позвонить, отправить факсимильное сообщение) диспетчерский центр сервисной компании.

10.3. Застрахованное лицо 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 (включая факт обращения за медицинской помощью) перед Страховщиком.

10.4. Без письменного согласия Страховщика либо представителя сервисной ком-

пании не давать каких-либо обещаний ни в письменной, ни в устной форме и не делать предложений о добровольном возмещении возникших убытков, не признавать полностью или частично свою вину (ответственность).

11. Порядок осуществления страховых выплат

11.1. Осуществления страховой выплаты по медицинским и иным расходам производится в следующем порядке:

11.1.1. в случае, если Застрахованное лицо пользовалось медицинскими услугами, организованными через сервисную компанию (представителя Страховщи-

ка), страховая выплата, направленная на оплату расходов на его лечение, производится при признании случая страховым на основании документов, указанных в п. 11.2. Правил страхования непосредственно лицам или учреждениям, оказавшим медицинские услуги Застрахованному лицу, представителями сервисной компании за счет Страховщика, осуществляющего оплату счетов сервисной компании, предъявляемых в рамках договора со Страховщиком;

11.1.2. в иных случаях выплата производится непосредственно Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) по окончании поездки путем компенсации документально подтвержденных расходов Застра-

хованного лица, (Выгодоприобретателя), связанных со страховым случаем в соответствии с настоящими Правилами, при признании случая страховым и при соблюдении требования об уведомлении Страховщика о наступлении страхового случая в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента возвращения в постоянное место жительства, но в любом случае не позднее 30 (тридцати) календарных дней с момента окончания срока страхования, на основании письменного заявления о выплате страхового возмещения и оригиналов документов, предусмотренных в п. 11. настоящих Правил, в зависимости от характера страхового случая. В противном случае Страховщик вправе отказать в выплате;

11.1.3 расчет страховой выплаты составляется на основе подлинников счетов и квитанций по курсу иностранных валют ЦБ РФ на день наступления страхового случая.

11.2. К заявлению о выплате страхового **возмещения по медицинским и иным расходам** должны быть приложены документы, подтверждающие факт, причину обстоятельства и причины наступления страхового случая и размер расходов, в частности, такие как:

11.2.1. оригинал страхового полиса;

11.2.2. оригинал квитанции об оплате страховой премии или иного документа, который в соответствии с законодатель-

ством Российской Федерации является документом, подтверждающим оплату страховой премии;

11.2.3. оригинал медицинского отчета и иные медицинские документы, подтверждающие дату, место и обстоятельства нежданного заболевания/несчастливого случая с указанием диагноза(ов) заболевания (травмы), анамнеза, состояния здоровья Застрахованного лица на момент обращения за медицинской помощью, результатов проведенных исследований, медицинских процедур, проведенного / назначенного лечения и рекомендаций, по запросу Страховщика или сервисной компании — состояние алкогольного опьянения, и всех видов оказанных медицинских услуг; при

стоматологическом лечении также должно быть указано, какие именно зубы и какому лечению подвергались;

11.2.4. оригинал счета медицинского учреждения (на фирменном бланке и с соответствующей печатью или штампом) за проведенное лечение с указанием фамилии пациента, диагноза, даты обращения за медицинской помощью, срока лечения, перечня оказанных услуг с разбивкой их по датам и стоимости, итоговой суммы к оплате, а также оригинал платежного документа, подтверждающего оплату данного счета;

11.2.5. оригинал выписанных врачом в связи с заявленным заболеванием/травмой

рецептов со штампом аптеки, в которых должны быть четко указаны фамилия и имя пациента и врача, названия лекарственных препаратов, перевязочных средств и материалов, костыли; к рецептам также должны быть приложены оригиналы кассовых чеков и иных документов, подтверждающих оплату, с указанием наименования и стоимости каждого приобретенного лекарственного препарата, перевязочного средства и материала, костылей;

11.2.6. оригинал счета за телефонную/факсимильную связь за печатью телефонной компании с указанием номера абонента, времени и продолжительности звонка/количества отправленных листов

(при факсимильной связи), его стоимости, документы об оплате счета;

11.2.7. информацию о состоянии здоровья до/после наступления страхового случая из медицинских учреждений на территории РФ или иностранного государства (медицинская карта амбулаторного и/или стационарного больного и др. первичная медицинская документация) по запросу Страховщика. Страховщик также имеет право самостоятельно запрашивать медицинскую документацию, необходимую для решения вопроса о выплате страхового возмещения в любых лечебных и других учреждениях;

11.2.8. паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный

федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина; разрешение на временное проживание; вид на жительство. Документом, удостоверяющим личность лица без гражданства, является документ, выданный иностранным государством и признаваемый РФ в качестве документа удостоверяющего личность в соответствии с международным договором РФ;

11.2.9 паспорт гражданина РФ; военный билет; иные документы, предусмотренные законом или международным договором, удостоверяющие личность;

11.2.10. надлежащим образом заверенный перевод на русский язык документов, выполненных на иностранном языке. Страхователь (Выгодоприобретатель) принимает на себя обязательство по самостоятельному осуществлению расходов по получению и предоставлению документов из компетентных органов, медицинских и иных организаций/учреждений;

11.2.11. документы, подтверждающие размер и оплату транспортных расходов по доставке Застрахованного лица в медицинское учреждение по месту нахождения за пределами постоянного места жительства (в том числе, счет, документы об оплате счета, протокол транспортировки, квитанция за такси) с указанием фами-

лии и имени пассажира, даты и маршрута транспортировки;

11.2.12. при репатриации тела Застрахованного лица, а также при медицинской транспортировке Застрахованного лица до места его постоянного жительства или до ближайшего медицинского учреждения по месту жительства, помимо документов, указанных в п.п. 11.2.1. — 11.2.10. настоящих Правил:

- оригиналы счетов о расходах с указанием перечня услуг и их стоимости, фамилии и имени Застрахованного лица, нотариально заверенная копия официального свидетельства о смерти и медицинского заключения о причинах смерти, оригина-

лы перевозочных документов, а также оригиналы документов, подтверждающих оплату указанных услуг (при репатриации тела Застрахованного лица). Выплата страхового возмещения производится Выгодоприобретателю, указанному в договоре страхования. Если в договоре Выгодоприобретатель не указан, выплата страхового возмещения производится при предъявлении Выгодоприобретателем свидетельства о вступлении в права наследования;

- оригинал медицинского заключения о возможности транспортировки больного с медицинской точки зрения, оригиналы счетов о расходах с указанием перечня услуг и их стоимости, фамилии и имени

Застрахованного лица, а также оригиналы документов подтверждающих оплату указанных услуг (при перевозке больного на родину);

11.2.13. оригиналы документов, подтверждающих необходимость, размер и оплату иных расходов, покрытие которых предусмотрено страховым полисом и настоящими Правилами страхования, а также оригиналы документов, подтверждающих обстоятельства и причины, вызвавшие несение этих расходов;

11.2.14. оригиналы документов из полиции, иных компетентных органов, организаций, учреждений, подтверждающие дату, место, обстоятельства и причины

происшествия, а также содержащие информацию о виновных лицах и причиненном ущербе / вреде;

11.2.15. документы, подтверждающие полномочия лица, действующего от имени Застрахованного лица;

11.2.16. оригиналы проездных документов и/или документов, подтверждающих стоимость переоформления/возврата проездных документов;

11.2.17. заграничный паспорт Застрахованного лица с отметками пограничного контроля.

11.3. После предоставления последнего документа осуществление страховой вы-

платы производится в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней путем перечисления денежных средств на расчетный счет Выгодоприобретателя или наличными в кассе Страховой компании. В случае выплаты через кассу Страховщик не несет ответственность за неявку лиц, имеющих право на получение страховой выплаты и возвратной суммы в срок.

11.4. **Страховщик вправе** принять решение об отсрочке страховой выплаты в случаях, если:

а) по фактам, связанным с наступлением страхового случая, возбуждено уголовное/административное дело, начат судебный процесс — до вступления в силу акта

(судебного акта), в котором фиксируются результаты расследования;

б) у Страховщика возникли сомнения в достоверности представленных документов, а также при необходимости получения дополнительной информации о страховом случае — до предоставления Страховщику документов, подтверждающих необходимые факты;

в) проводилась независимая экспертиза с целью квалификации заявленного события, установления его причин, обстоятельств, а также размера ущерба — до окончания экспертизы, составления и представления соответствующего документа (заключения, акта и т. п.) Страховщику.

12. Отказ в страховой выплате

12.1. Страховщик вправе отказать в страховой выплате в случаях:

12.1.1. если в течение действия договора страхования имели место умышленные действия Страхователя (Застрахованного лица), направленные на наступление страхового случая;

12.1.2. сообщения Страхователем Страховщику заведомо ложных сведений о своем здоровье, обстоятельствах наступления страхового события и / или объеме и стоимости оказанных ему услуг;

12.1.3. если заявленное событие является в соответствии с настоящими Правилами

исключением из страхового покрытия или произошло при обстоятельствах, являющихся исключением из страхового покрытия или страхование на которые не распространяется в соответствии с настоящими Правилами;

12.1.4. в случаях, предусмотренных законодательством РФ.

12.2. Страховщик освобождается от возмещения убытков, возникших вследствие того, что Страхователь умышленно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить их размер.

12.3. Страховщик освобождается от обязанности оплатить счета сервисной компании за расходы, не предусмотрен-

ные объемом обязательств Страховщика по договору страхования.

13. Порядок разрешения споров

13.1. Все споры между сторонами по договору страхования разрешаются путем

переговоров, а при не достижении согласия — в пределах срока исковой давности и в порядке, предусмотренных действующим законодательством РФ.

13.2. Обязательным условием предъявления иска в суд является направление заинтересованной стороной досудеб-

ного требования, срок рассмотрения которой составляет 15 (пятнадцать) рабочих дней с момента его поступления другой стороне. В случае оставления без ответа досудебного требования или отказа в его удовлетворении возникший спор передается на рассмотрение в суд.

Приложение № 1 к договору

Внимание!

При несчастном случае или неожиданно возникшем во время пребывания за границами РФ остром заболевании Вы или Ваше доверенное лицо должны незамедлительно, как только представится возможность:

**1. позвонить
в диспетчерскую службу
обслуживающей компании
ООО «САВИТАР ГРУП».**

Call-центр в Москве:

Тел. + 7 (495) 987-17-75

2. сообщить:

- номер Вашего страхового полиса;
- фамилию, имя, дату рождения
Застрахованного лица;
- срок действия договора, иную информацию
по запросу обслуживающей компании, а также
изложить суть возникшей проблемы

8 (800) 200-22-24

(бесплатно по РФ)

www.ergo.ru

САО ЭРГО, лицензии Банка России от 27.11.2015 г.:

СЛ № 0177, СИ № 0177, ОС № 0177-03, ОС № 0177-04, ПС № 0177.

ООО «СК «ЭРГО Жизнь», лицензии Банка России от 08.12.2015 г.: СЖ № 3879, СЛ № 3879.