



**ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ
ЭКСТРЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ
И ТРАНСПОРТНЫХ РАСХОДОВ
ВО ВРЕМЯ ПОЕЗДКИ ПО РОССИИ**

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Общие положения	3
2. Объект страхования	3
3. Страховые случаи.	3
4. Расходы, покрываемые страховщиком.	3
5. Расходы, не покрываемые страховщиком	3
6. Страховая сумма. Страховая премия	3
7. Действие договора страхования	3
8. Порядок заключения договора страхования	3
9. Действия сторон при наступлении страхового случая	3
10. Случаи отказа в страховой выплате	3
11. Прекращение действия договора страхования	3
12. Права и обязанности сторон	3
13. Порядок рассмотрения споров	3

УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом СПАО «Ингосстрах»
от «27» декабря 2017 г. № 486
Генеральный директор
СПАО «Ингосстрах»
М. Ю. Волков

Правила подл ежат применению с «1» января 2018 г.

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ЭКСТРЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ И ТРАНСПОРТНЫХ РАСХОДОВ ВО ВРЕМЯ ПОЕЗДКИ ПО РОССИИ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Правила страхования экстренных медицинских и транспортных расходов во время поездки по России (далее — Правила) разработаны в соответствии с законодательными и иными правовыми актами Российской Федерации и являются неотъемлемой частью договора страхования экстренных медицинских и транспортных расходов во время поездки по России (далее по тексту — договора страхования). Договор страхования может содержать другие условия, определяемые по соглашению сторон.

1.2. СПАО «Ингосстрах» является Страховщиком и заключает договоры страхования экстренных медицинских и транспортных расходов во время поездки по России.

1.3. По договору страхования Страхователями могут быть юридические и дееспособные физические лица.

1.4. Страхователи вправе заключать договоры страхования в отношении третьих лиц (Застрахованных). В случае если Договор заключен Страхователем в отношении себя лично, на него распространяются права и обязанности Застрахованного.

Застрахованными по настоящим Правилам могут быть только физические лица.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

Объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с оказанием Застрахованному во время поездки по России экстренной медицинской и медико-транспортной помощи, при реализации страхового риска, связанного с затратами на оказание медицинской и медико-транспортной помощи, а также с затратами на получение транспортных услуг, включая услуги по репатриации, явившихся следствием страхового случая.

3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховым случаем по настоящим Правилам является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

3.2. Страховыми случаями признаются обращение Застрахованного лица или его представителей в круглосуточный Сервисный центр или непосредственно за оказанием медицинской помощи в связи с внезапным заболеванием, несчастным случаем, а также смертью Застрахованного при условии, что указанные события произошли во время поездки Застрахованного по России, в период его действия и повлекли необходимость обращения за медицинскими услугам и/или возникновение расходов на оплату медицинской помощи, осуществление репатриации и/или оказание иных услуг, предусмотренных договором страхования, в том числе транспортных.

3.3. Внезапным заболеванием считается болезнь, возникшая неожиданно и требующая неотложного медицинского вмешательства.

3.4. Под несчастным случаем подразумевается внезапное, кратковременное, внешнее событие, повлекшее за собой травму, иное расстройство здоровья или смерть Застрахованного.

3.5. Страховым случаем не является обращение по поводу внезапного заболевания, несчастного случая или смерти Застрахованного, возникших в связи с:

3.5.1. алкогольным, наркотическим, токсическим или иным опьянением Застрахованного;

3.5.2. самоубийством (покушением на самоубийство) Застрахованного;

- 3.5.3. воздействием ядерного взрыва, радиации, радиоактивного или иного вида заражения;
 - 3.5.4. стихийными бедствиями и их последствиями, эпидемиями, карантинном, метеоусловиями;
 - 3.5.5. умышленными действиями Застрахованного и/или заинтересованных третьих лиц, направленными на наступление страхового случая;
 - 3.5.6. совершением Застрахованным противоправного деяния, находящегося в прямой причинно-следственной связи с наступлением страхового случая;
 - 3.5.7. полетом Застрахованного на летательном аппарате, управлением им, кроме случаев полета в качестве пассажира на самолете гражданской авиации, управляемом профессиональным пилотом;
 - 3.5.8. полетом Застрахованного на безмоторных летательных аппаратах, моторных планерах, сверхлегких летательных аппаратах;
 - 3.5.9. военными действиями и их последствиями, народными волнениями, забастовками, восстаниями, мятежами, массовыми беспорядками, актами терроризма и их последствиями;
 - 3.5.10. службой Застрахованного в любых вооруженных силах и формированиях;
 - 3.5.11. занятием Застрахованного профессиональным, любительским или организованным спортом, в том числе: альпинизмом, скалолазанием, рафтингом, верховой ездой, дайвингом, катанием на горных лыжах, на сноуборде, а также прыжками и полетами на парашюте;
 - 3.5.12. занятием Застрахованным опасными видами деятельности (в том числе в качестве горняка, строителя, электромонтажника);
 - 3.5.13. с целью получить лечение. При этом Страховщик не возмещает расходы на лечение, которое является целью поездки, а также расходы, вызванные ухудшением состояния здоровья или смертью Застрахованного в связи с этим лечением.
- 3.6. События, указанные в п. 3.1 Правил, не признаются страховыми случаями, если они связаны с:
- 3.6.1. хроническими заболеваниями, известными к моменту заключения договора страхования, а также с заболеваниями, имевшимися до заключения договора страхования, независимо от того, осуществлялось ли по ним лечение или нет;
 - 3.6.2. онкологическими заболеваниями,
 - 3.6.3. психическими заболеваниями и судорожными состояниями, неврозами (панические атаки, депрессии, истерические синдромы и т. п.);
 - 3.6.4. наличием у Застрахованного ВИЧ-инфекции, СПИДа и любых форм гепатита;
 - 3.6.5. с ведением беременности, осложнениями при беременности и/или ее прерыванием вне зависимости от срока.
- 3.7. По дополнительному соглашению Сторон, оговоренному в договоре страхования, страховыми случаями по настоящим Правилам могут признаваться события, указанные в п. п. 3.5.7–3.5.12 Правил с применением установленных Страховщиком повышающих коэффициентов.

4. РАСХОДЫ, ПОКРЫВАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ

4.1. При наступлении страхового случая Застрахованный информирует Сервисный центр, если необходимость такого обращения предусмотрена договором страхования (страховым полисом) и/или настоящими правилами, заблаговременно, до обращения, визита в медицинское учреждение. В этом случае Сервисный центр организует оказание услуг, предусмотренных договором страхования, а Страховщик оплачивает данные услуги.

Под Сервисным центром в смысле настоящих Правил понимается специализированная организация (компания), реквизиты которой указаны в договоре страхования (страховом полисе) Застрахованного, которая по поручению Страховщика круглосуточно обеспечивает организацию услуг, предусмотренных настоящими Правилами.

По настоящим Правилам Страховщик в соответствии с договором страхования оплачивает специализированным организациям (компаниям), организующим и осуществляющим указанные ниже мероприятия, или непосредственно Застрахованному при предоставлении документов об осуществлении им соответствующих выплат следующие расходы:

А. Расходы по экстренной медицинской помощи, а именно:

4.1.1. по амбулаторному лечению, включая врачебные услуги, диагностические исследования, назначенные врачом медикаменты, перевязочные средства и средства фиксации (гипс, бандаж);

4.1.2. по пребыванию и лечению в стационаре (в палате стандартного типа), расходы на врачебные услуги, проведение операций, диагностических исследований, назначенные врачом медикаменты, перевязочные средства и средства фиксации (гипс, бандаж);

Б. Расходы по медико-транспортной помощи, а именно:

4.1.3. **по эвакуации** (транспортировке автомашиной «скорой помощи» или иным транспортным средством) с места происшествия в ближайшее медицинское учреждение или к находящемуся в непосредственной близости врачу, а также при переводе в другое медицинское учреждение, предписанном лечащим врачом и подтвержденном заключением врача Страховщика/Сервисного Центра;

4.1.4. **по экстренной медицинской репатриации** адекватным транспортным средством, включая сопровождение (если такое сопровождение предписано врачом), до места жительства Застрахованного в том случае, если требуемая медицинская помощь не может быть предоставлена на месте, что подтверждается заключением врача Страховщика/Сервисного центра на основании документов от местного лечащего врача. Расходы по экстренной медицинской репатриации покрываются в пределах оговоренной в договоре страхования суммы.

4.1.5. **по медицинской репатриации** Застрахованного до места жительства Застрахованного или до ближайшего медицинского учреждения по месту жительства в случае, когда расходы по пребыванию в стационаре могут превысить установленный в договоре страхования лимит. Медицинская репатриация проводится только при отсутствии медицинских противопоказаний. Расходы по медицинской репатриации покрываются в пределах оговоренной в договоре страхования суммы.

В. Расходы на транспортные услуги, а именно:

4.1.6. возвращение Застрахованного к месту жительства экономическим классом, в случае 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. Застрахованный обязан сделать все от него зависящее, чтобы вернуть (сдать) неиспользованные проездные документы и возместить их стоимость Страховщику. При несоблюдении данного условия Страховщик вправе вычесть из суммы возмещения расходов Застрахованного стоимость неиспользованных проездных документов;

4.1.7. возвращение к месту жительства экономическим классом детей, находящихся при Застрахованном во время поездки, в случае, если дети остались без присмотра в результате страхового случая. Решение о необходимости сопровождения детей принимает Страховщик/Сервисный центр;

Г. Расходы на репатриацию останков, а именно:

4.1.8. **репатриация** останков, санкционированная Сервисным центром, до места, где постоянно проживал Застрахованный, если его смерть наступила в результате страхового случая. При этом Страховщик не оплачивает расходы на хранение тела и ритуальные услуги.

Д. Расходы сервисного Центра по организации помощи, предусмотренной настоящими Правилами.

4.1.9. Экстренная медицинская помощь (п. п. 4.1.1–4.1.3 Правил) оказывается Застрахованным медицинским учреждением, рекомендованным Страховщиком/Сервисным Центром.

Способы транспортировки Застрахованного (п. п. 4.1.4–4.1.8 Правил) определяются Страховщиком/Сервисным Центром с учетом медицинских показаний. При этом Страховщик не несет ответственности в случае несоблюдения перевозчиком расписания движения.

5. РАСХОДЫ, НЕ ПОКРЫВАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ

5.1. Страховщик не покрывает следующие расходы:

5.1.1. связанные с лечением хронических заболеваний, а также заболеваний, известных и/или существующих к моменту заключения договора страхования, независимо от того, осуществлялось ли по ним лечение или нет;

5.1.2. вызванные ухудшением состояния здоровья или смертью Застрахованного, связанными с лечением, которое Застрахованный проходил до начала страхования, а также в случае, если поездка была противопоказана Застрахованному по состоянию здоровья;

5.1.3. на купирование и лечение судорожных состояний, нервных и психических заболеваний, невротозов;

5.1.4. на диагностические манипуляции (в том числе консультации и лабораторные исследования) без последующего лечения;

5.1.5. на ангиографию, а также расходы, связанные с операциями на сердце и сосудах, в том числе на ангиопластику и шунтирование даже при наличии медицинских показаний к их проведению;

5.1.6. на лечение онкологических заболеваний;

5.1.7. на лечение солнечных ожогов и иных острых изменений кожного покрова, вызванных воздействием ультрафиолетового излучения;

5.1.8. на получение Застрахованным медицинских услуг, не связанных с внезапным заболеванием или несчастным случаем, на профилактические мероприятия и общие медицинские осмотры;

5.1.9. на лечение ВИЧ-инфекции, а также заболеваний, являющихся ее следствием;

5.1.10. связанные с консультациями и обследованиями во время протекания беременности, консультациями, обследованиями и лечением осложнений беременности вне зависимости от ее сроков, а также расходы по родовспоможению и послеродовому уходу за ребенком;

5.1.11. на лечение заболеваний, передающихся преимущественно половым путем, а также заболеваний, являющихся их следствием;

5.1.12. связанные с пластической и восстановительной хирургией, трансплантологией (пересадкой органов) и всякого рода протезированием, включая зубное и глазное;

5.1.13. на оказание стоматологической помощи кроме расходов на осмотр, экстренное лечение и медикаменты при остром воспалении зуба и окружающих зуб тканей, а также при травме зуба в результате несчастного случая;

5.1.14. связанные с предоставлением услуг, не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения, или с лечением, не назначенным врачом;

5.1.15. возникшие в результате добровольного отказа Застрахованного от выполнения предписаний врача, полученных им в связи с обращением по поводу страхового случая;

5.1.16. на лечение методами мануальной терапии, рефлексотерапии (акупунктуры), хиропрактики, массажа, гомеопатии, фито- и натуротерапии и т. п.;

5.1.17. по лечению Застрахованного и/или уходу за ним, осуществляемыми его родственниками, а также расходы, связанные с обеспечением пребывания родственников Застрахованного, обусловленного его лечением, и последующим возвращением к месту постоянного проживания;

5.1.18. связанные с оказанием услуг медицинским учреждением, не имеющим соответствующей лицензии, либо лицом, не имеющим права на осуществление медицинской деятельности;

5.1.19. на реабилитацию, восстановительное лечение и физиотерапию;

5.1.20. на проведение курса лечения на курортах, в санаториях, пансионатах, домах отдыха и других подобных учреждениях;

5.1.21. в случаях, когда поездка была предпринята Застрахованным с намерением получить лечение;

5.1.22. на проведение дезинфекции, вакцинации;

5.1.23. на проведение врачебных экспертиз, лабораторных и диагностических исследований, не связанных с несчастным случаем или внезапным заболеванием;

5.1.24. связанные с предоставлением дополнительного комфорта, а именно: палаты типа «люкс», телевизора, телефона, кондиционера, увлажнителя, услуг парикмахера, массажиста, косметолога, переводчика и т. д.;

5.1.25. которые имели место после возвращения Застрахованного к месту жительства, а также после прекращения действия договора страхования и/или за пределами Российской Федерации;

5.1.26. превышающие установленные страховые суммы;

5.1.27. связанные с диагностированием и лечением серных пробок;

5.1.28. на лечение в барокамере;

5.1.29. по стационарному лечению, медико-транспортные, транспортные расходы, расходы по по- смертной репатриации, не санкционированные Сервисным центром.

5.2. Если в договоре страхования предусмотрена безусловная франшиза (сумма, которая оплачивается Застрахованным врачу/медицинскому учреждению и не возмещается Страховщиком), то она действует при оплате расходов по каждому страховому случаю.

6. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

6.1. Страховой суммой является денежная сумма, определенная договором страхования, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон. Общая сумма выплат за один или несколько страховых случаев, происшедших в период действия договора страхования, не может превышать размера страховой суммы, указанной в страховом полисе.

6.2. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику (его полномочному представителю) в соответствии с договором страхования.

6.3. Страховая премия устанавливается Страховщиком в соответствии с его тарифами, действующими на момент заключения договора страхования, с учетом страхового риска и срока страхования.

Страховой тариф — ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска. Конкретный размер страхового тарифа определяется по соглашению сторон на основании базовых тарифов Страховщика, с учетом повышающих или понижающих коэффициентов.

В случае принятия Страховщиком решения о страховании лиц, осуществляющих деятельность, связанную с повышенной опасностью, в том числе предусмотренную п. п. 3.5.7–3.5.12 Правил, а также лиц в возрасте старше 70 лет — страховая премия уплачивается ими в соответствии с установленными Страховщиком повышающими коэффициентами.

6.4. Размер страховой премии указывается в договоре страхования (страховом полисе) или счете на оплату страховой премии, являющимся неотъемлемой частью договора страхования

6.5. Страховая премия вносится Страхователем разовым платежом за весь период страхования, если договором не предусмотрено иное.

6.6. Оплата страховой премии может производиться в безналичной форме или наличными деньгами. Страховая премия считается уплаченной: при безналичной форме — с даты поступления страховой премии на расчетный счет Страховщика; при уплате наличными деньгами — с момента уплаты страховой премии в кассу Страховщика (по квитанции его полномочному представителю).

6.7. Страховая премия по соглашению сторон и в соответствии с действующим законодательством РФ может устанавливаться как в российских рублях, так и в валютном эквиваленте. Страховая премия, установленная в валютном эквиваленте, уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка РФ на день платежа, если иной курс не установлен соглашением сторон. В случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ, страховая премия может уплачиваться в иностранной валюте.

6.8. Если иного не предусмотрено соглашением сторон, страховая премия (первый страховой взнос) должна быть уплачена до получения договора страхования (полиса) Страхователем, но не позднее 5 (пяти) рабочих дней от даты подачи заявления о заключении договора страхования.

6.9. В случае неуплаты страховой премии на условиях, установленных договором страхования, договор страхования считается не вступившим в силу и не влечет каких-либо последствий для его сторон (если договором страхования не предусмотрено иное).

7. ДЕЙСТВИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования заключается на срок не более одного года, если иное не предусмотрено договором страхования.

7.2. Страхование вступает в силу при начале поездки, но не ранее 00.00 часов указанной в страховом полисе (и идентификационной карточке) даты начала страхования при условии уплаты Страхователем страховой премии за весь период страхования, если иное не предусмотрено договором страхования.

Под началом поездки понимается:

для иностранных граждан — прибытие на территорию Российской Федерации (пересечение государственной границы, удостоверяемое отметкой пограничной службы в паспорте);

для российских граждан — выезд Застрахованного за административные границы своего места жительства на расстояние более 100 км, если в договоре страхования не установлено иное расстояние. Местом жительства признается населенный пункт, где Застрахованный постоянно или преимущественно проживает.

7.2.1. Если к моменту окончания срока действия договора страхования возвращение Застрахованного из поездки невозможно в связи с госпитализацией, вызванной страховым случаем, что подтверждается соответствующим медицинским заключением, Страховщик выполняет свои обязанности, предусмотренные Разделом 4 настоящих Правил и связанные с данным страховым случаем в течение 4-х (четырёх) недель, считая со дня, указанного в полисе как срок окончания действия договора страхования.

7.3. Договор страхования не действует:

для иностранных граждан — за пределами Российской Федерации;

для российских граждан — за пределами Российской Федерации и в пределах 100 км. зоны административных границ места жительства Застрахованного, если в договоре страхования не установлено иное расстояние.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Для заключения договора страхования Страхователь обращается к Страховщику (его полномочному представителю) с устным или письменным заявлением о своем намерении заключить договор страхования либо сообщает об этом письмом, телефаксом или телекомом с указанием следующих данных:

8.1.1. фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес постоянного места жительства, телефон Застрахованного;

8.1.2. наименование, юридический адрес, телефон, банковские реквизиты Страхователя, если Страхователь — юридическое лицо. В данном случае к заявлению прилагается список Застрахованных лиц;

8.1.3. планируемые даты начала и окончания поездки;

8.1.4. цель поездки;

8.1.5. профессия и род предполагаемой деятельности, если Застрахованный выезжает в поездку для работы;

8.1.6. вид спорта или тип спортивных состязаний, в которых предполагается участие Застрахованного;

8.1.7. страховая сумма.

8.2. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику о всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска.

8.3. Страхователь обязан сообщать Страховщику обо всех известных ему изменениях страхового риска, происходящих в период действия договора страхования.

8.4. Договор страхования заключается без медицинского освидетельствования Застрахованного. По требованию Страховщика Застрахованный должен заполнить опросный лист.

8.5. Факт заключения договора страхования удостоверяется выдаваемым Страховщиком Страхователю страховым полисом с приложением настоящих Правил, либо путем составления одного документа в соответствии с положениями гражданского законодательства РФ. При необходимости также выдается идентификационная карточка.

8.6. При заключении договора страхования Застрахованный освобождает врачей от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в части, касающейся страхового случая.

8.7. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает свое согласие с тем, что Страховщик может в течение всего срока действия договора страхования осуществлять обработку указанных в нем персональных данных физических лиц. Страхователь несет персональную ответственности за предоставление согласий физических лиц — Застрахованных и Выгодоприобретателей на обработку их персональных данных.

Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также совершение иных действий с персональными данными физических лиц в статистических целях и в целях проведения анализа страховых рисков.

Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь также подтверждает согласие на информирование о других продуктах и услугах, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком.

Для осуществления вышеуказанных целей Страховщик имеет право передавать персональные данные, ставшие ему известными в связи с заключением и исполнением договора страхования, третьим лицам, с которым у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных.

Страховщик обязуется обеспечивать сохранность и неразглашение персональных данных Страхователя в целях иных, нежели предусмотрены настоящим пунктом. Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных полностью или в части информирования о других продуктах и услугах, путем направления письменного заявления Страховщику способом, позволяющим достоверно установить дату получения данного заявления Страховщиком.

В случае полного отзыва субъектом персональных данных своего согласия на обработку персональных данных, действие договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, договор страхования прекращается полностью. При этом действие договора страхования прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

После прекращения действия договора страхования (в том числе при его расторжении), а также в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку своих персональных данных, Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в срок, не превышающий 100 (ста) лет с момента прекращения действия договора либо с момента получения Страховщиком заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

9. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

9.1. Если в договоре страхования (страховом полисе) предусмотрено обязательное обращение в Сервисный Центр, Застрахованный (его представитель) обязан:

9.1.1. заблаговременно, до обращения, визита в медицинское учреждение проинформировать Сервисный Центр Страховщика по указанным в страховом полисе телефонам о случившемся и сообщить оператору следующую информацию:

- Фамилию, имя Застрахованного;
- Номер страхового полиса;
- Характер требуемой помощи;
- Местонахождение и номер телефона для обратной связи;

9.1.2. получить медицинскую помощь в строгом соответствии с инструкциями оператора Сервисного центра;

9.1.3. предъявить медицинскому персоналу оригинал страхового полиса;

9.1.4. уплатить франшизу в установленном размере, если она предусмотрена в страховом полисе;

9.1.5. согласовывать свои действия и следовать указаниям оператора;

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

9.1.7. при невозможности связаться с Сервисным центром в момент наступления страхового случая сделать это при первой возможности и предъявить страховой полис, не оплачивая при этом услуг, предлагаемых или оказанных третьими лицами, без получения официального подтверждения оператора Сервисного центра, зафиксировавшего обращение в базе данных Сервисного центра;

9.1.8. письменно обосновать Страховщику причину невыполнения требований п. 9.1.1. Правил и представить соответствующие подтверждающие документы.

9.2. После получения информации Сервисный центр Страховщика организует оказание Застрахованному необходимых медицинских, медико-транспортных и иных услуг на бесплатной основе, предусмотренных договором страхования, а Страховщик оплачивает расходы Сервисного центра по оказанным Застрахованному услугам в соответствии с Разделом 4 настоящих Правил. Расходы на первичный звонок в Сервисный Центр возмещаются Застрахованному при предъявлении оригиналов подтверждающих документов на бланке соответствующей организации с печатью и подписью ответственного лица. При этом счет за звонок в Сервисный центр должен содержать следующие данные: дата звонка, телефонный номер, продолжительность переговоров и оплаченная сумма.

9.3. При нарушении п. п. 9.1–9.2. Правил расходы, понесенные непосредственно Застрахованным, не подлежат возмещению.

9.4. Если в договоре страхования (страховом полисе) не предусмотрено обязательное обращение в Сервисный Центр, Застрахованный имеет право на получение медицинских и иных услуг одним из следующих способов:

9.4.1. в строгом соответствии с процедурой, описанной в п. 9.1. Правил;

9.4.2. самостоятельно обратиться в ближайшее медицинское учреждение, предъявить персоналу страховой полис, самостоятельно оплатить расходы за оказанные услуги. При этом Страховщик не осуществляет никаких мероприятий по выяснению информации и получению документов, указанных в п. 9.5. настоящих Правил.

9.5. В случае самостоятельной оплаты медицинских услуг Застрахованный после возвращения из поездки представляет Страховщику для возмещения понесенных расходов оригиналы следующих документов:

- Письменное заявление о случившемся, в том числе с обоснованием причин необращения в Сервисный Центр;
- Страховой полис;
- Медицинские документы, содержащие сведения о диагнозе, дате и состоянии здоровья Застрахованного при обращении за помощью, о проведенных медицинских манипуляциях и продолжительности лечения;
- Выписанные врачом рецепты в связи с данным заболеванием со штампом аптеки и указанием стоимости приобретенных медикаментов;
- Направления на прохождение лабораторных исследований с указанием дат, наименований и стоимости услуг;
- Счета-фактуры из медицинских учреждений (на фирменном бланке и с соответствующим штампом) с указанием фамилии пациента, даты обращения, диагноза, продолжительности лечения, перечня оказанных услуг с разбивкой по датам и стоимости, а также общей суммы к оплате;
- Документы, подтверждающие факт оплаты представленных счетов.

9.6. Для возмещения расходов Застрахованного, Страховщик принимает счета-фактуры только при наличии документов, подтверждающих факт оплаты медицинских услуг. При представлении неоплаченных счетов Застрахованный обязан дать письменные объяснения.

9.7. Заявление и документы, указанные в п. 9.5. Правил, должны быть представлены Страховщику в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента возвращения Застрахованного из поездки, в течение которой произошел страховой случай.

9.8. Страховая выплата в виде возмещения понесенных Застрахованным расходов производится Страховщиком в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента представления указанных в пункте 9.5. Правил документов. Страховщик вправе проводить проверку представленных документов, запрашивать сведения у организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также проводить медицинское освидетельствование Застрахованного врачом Страховщика. При необходимости получения дополнительной информации по страховому случаю, выплата страхового обеспечения производится в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения Страховщиком всех запрошенных документов. После осуществления страховой выплаты оригиналы документов Застрахованным не возвращаются.

9.9. В целях оценки фактического состояния здоровья Застрахованного Страховщик с согласия Застрахованного оставляет за собой право запрашивать и получать информацию о состоянии здоровья Застрахованного.

10. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

10.1. Страховщик имеет право полностью или частично отказать в выплате страхового возмещения по договору страхования, если имели место:

10.1.1. расходы, возникшие после прекращения (истечения срока действия полиса) действия договора страхования, за исключением случаев предусмотренных п. 7.2.1. настоящих Правил и/или после возвращения Застрахованного к месту постоянного проживания;

10.1.2. расходы, возникшие за пределами Российской Федерации;

10.1.3. нарушение п. п. 8.2, 8.3, раздела 9 настоящих Правил;

10.1.4. предоставление Страховщику документов с заведомо ложной информацией, касающейся состояния здоровья Застрахованного или оказанных ему медицинских и связанных с ними услуг;

10.1.5. содействие (умышленное или по неосторожности) увеличению размера убытков, подлежащих возмещению Страховщиком в связи со страховым случаем, либо непринятие разумных мер к их уменьшению;

10.1.6. отказ Застрахованного пройти обследование для оценки его фактического состояния по требованию Страховщика и/или отказ давать согласие на предоставление Страховщику информации о состоянии его здоровья.

10.2. Страховщик имеет право полностью или частично отказать в выплате страхового возмещения, если событие не было признано страховым согласно п. п. 3.5., 3.6. настоящих Правил.

10.3. Страховщик не осуществляет выплату страхового возмещения по договору страхования, если страховой случай наступил вне периода действия договора страхования.

10.4. Обязанность Страховщика по выплате страхового возмещения прекращается с истечением срока исковой давности.

10.5. Решение об отказе в выплате страхового обеспечения сообщается Страхователю (Застрахованному) в письменной форме с обоснованием причин отказа, в срок, предусмотренный для осуществления страховой выплаты.

11. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

11.1. Договор страхования прекращается:

11.1.1. по истечении срока его действия (в 24.00 часа указанной в страховом полисе даты окончания страхования);

11.1.2. в случае исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме;

11.1.3. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации и настоящими Правилами.

11.2. Договор страхования может быть досрочно прекращен в любое время по письменному уведомлению одной из сторон (в том числе в связи с невыполнением другой стороной условий договора страхования) с соблюдением требований действующего законодательства Российской Федерации. При этом возврат страховой премии осуществляется в следующем порядке:

11.2.1. при досрочном прекращении договора страхования по требованию Страховщика последний возвращает Страхователю полученную страховую премию за неистекший срок договора за вычетом расходов Страховщика; если требование Страховщика обусловлено невыполнением Страхователем договора страхования, то страховая премия не возвращается;

11.2.2. при досрочном прекращении договора страхования по требованию Страхователя, заявленному Страховщику в письменной форме до окончания действия договора страхования, Страховщик возвращает Страхователю страховую премию за неистекший срок договора за вычетом расходов на ведение дела Страховщика согласно действующей лицензии; в случае, если требование Страхователя обусловлено нарушением Страховщиком договора страхования, то последний возвращает Страхователю внесенную им страховую премию полностью.

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

11.4. В случае досрочного прекращения договора страхования возврат страховой премии производится в течение пяти банковских дней с момента получения письменного уведомления.

11.5. Особые условия отказа Страхователя — физического лица от Договора.

1) Страхователь — физическое лицо в дополнение к условиям о досрочном расторжении договора страхования, указанным в п. п. 11.1–11.4 настоящих Правил, вправе досрочно отказаться от договора добровольного страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

2) В случае если Страхователь отказался от договора страхования в срок, указанный в части 1 настоящего пункта, и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному Договору (далее — дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

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

4) При досрочном прекращении договора страхования в порядке, предусмотренном настоящим пунктом, договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком пись-

менного заявления Страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, определенного в части 1 настоящего пункта.

5) Возврат страховой премии Страхователю в соответствии с настоящим пунктом по выбору Страхователя производится наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

6) Действие настоящего пункта не распространяется на договоры страхования, страхователями по которым являются физические лица — предприниматели, заключаемые в связи с осуществлением такими страхователями предпринимательской деятельности, а также на осуществление добровольного страхования, являющегося обязательным условием допуска физического лица к выполнению профессиональной деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также страхование, предусматривающее оплату оказанной гражданину Российской Федерации, находящемуся за пределами территории Российской Федерации, медицинской помощи и (или) оплату возвращения его тела (останков) в Российскую Федерацию).

12. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

12.1. Страховщик обязан:

12.1.1. выдать страховой полис с приложением настоящих Правил или экземпляр договора страхования;

12.1.2. при необходимости выдать идентификационную карточку;

12.1.3. при страховом случае произвести страховую выплату в установленный договором страхования срок;

12.1.4. не разглашать сведения о Страхователе, Застрахованном лице, Выгодоприобретателе состоянии их здоровья, а также об имущественном положении этих лиц, если такая обязанность не возложена на Страховщика в силу закона.

12.2. Страхователь обязан:

12.2.1. своевременно уплатить страховую премию (уплачивать страховые взносы);

12.2.2. при заключении договора страхования сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска;

12.2.3. по требованию Страховщика заполнить опросный лист в отношении Застрахованного.

12.3. Застрахованный обязан:

12.3.1. пройти обследование для оценки его фактического состояния по требованию Страховщика;

12.3.2. давать согласие на предоставление Страховщику информации о состоянии его здоровья.

12.4. Страховщик имеет право:

12.4.1. при заключении договора произвести обследование страхуемого лица для оценки фактического состояния его здоровья;

12.4.2. проводить проверку представленных для решения вопроса о признании события страховым случаем и осуществления размера страховой выплаты документов;

12.4.3. запрашивать сведения у организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, в том числе о состоянии здоровья Застрахованного;

12.4.4. провести медицинское освидетельствование Застрахованного лица врачом Страховщика после наступления страхового случая.

12.4.5. отказать в выплате страхового возмещения, если Застрахованный отказался пройти обследование для оценки его фактического состояния по требованию Страховщика и/или отказался дать согласие на предоставление Страховщику информации о состоянии его здоровья.

12.5. Страхователь имеет право:

12.5.1. на своевременное получение страхового полиса (договора страхования).

12.6. Застрахованный имеет право:

12.6.1. на получение страховой выплаты на условиях и в сроки, предусмотренные договором страхования.

13. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

Споры, связанные с договором страхования, разрешаются путем переговоров. Если соглашение не достигнуто, спор передается на рассмотрение суда в соответствии с российским законодательством.