

ГЕЛИОС

СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «ГЕЛИОС»
(ООО Страховая Компания «Гелиос»)

УТВЕРЖДЕНЫ
приказом ООО Страховой
Компании «Гелиос»
от 16.05.2024 № 111

Генеральный директор



И.А. Павлова

М.П. Правила страхования подлежат применению с 16.05.2024

П Р А В И Л А

СТРАХОВАНИЯ ИМУЩЕСТВЕННЫХ ИНТЕРЕСОВ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ,
ВЫЕЗЖАЮЩИХ ЗА ПРЕДЕЛЫ ПОСТОЯННОГО МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА

КРАСНОДАР

2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

1.	ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	4
2.	СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.....	8
3.	ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.....	10
4.	СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ.....	10
4.А.	СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И РАСХОДЫ, ВОЗМЕЩАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ, ПО РИСКУ «МЕДИЦИНСКАЯ И ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ».....	13
4.Б.	СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И РАСХОДЫ, ВОЗМЕЩАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ, ПО РИСКУ «ОТМЕНА ПОЕЗДКИ».....	23
4.В.	СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И РАСХОДЫ, ВОЗМЕЩАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ, ПО РИСКУ «НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ».....	31
4.Г.	СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И РАСХОДЫ, ВОЗМЕЩАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ, ПО РИСКУ «БАГАЖ».....	33
4.Д.	СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И РАСХОДЫ, ВОЗМЕЩАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ, ПО РИСКУ «ГРАЖДАНСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ».....	35
5.	ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ. СОБЫТИЯ, НЕ ЯВЛЯЮЩИЕСЯ СТРАХОВЫМИ СЛУЧАЯМИ.....	37
6.	СТРАХОВАЯ СУММА. ЛИМИТ ВОЗМЕЩЕНИЯ СТРАХОВЩИКА. ЛИМИТЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ.....	39
7.	ФРАНШИЗА.....	42
8.	СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВОЙ ВЗНОС).....	42
9.	СРОК СТРАХОВАНИЯ. ДЕЙСТВИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ.....	46
10.	ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	48
11.	ОБРАБОТКА СТРАХОВЩИКОМ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ.....	56
12.	ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	58
13.	ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.....	60
14.	ВЗАИМООТНОШЕНИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ.....	64
14.А.	ВЗАИМООТНОШЕНИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ, ПО РИСКУ «ГРАЖДАНСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ».....	67

15.	СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ	68
15.А.	ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ ПО РИСКУ «МЕДИЦИНСКАЯ И ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ»	70
15.Б.	ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ ПО РИСКУ «ОТМЕНА ПОЕЗДКИ»	72
15.В.	ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ ПО РИСКУ «НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ»	75
15.Г.	ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ ПО РИСКУ «БАГАЖ»	77
15.Д.	ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ ПО РИСКУ «ГРАЖДАНСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ»	78
16.	ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ (ИНФОРМИРОВАНИЯ).....	79
17.	ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ	79

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила страхования имущественных интересов физических лиц, выезжающих за пределы постоянного места жительства (далее по тексту – Правила), разработаны в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Законом Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», иными нормативными документами в области страхования и содержат общие условия страхования, на основании которых Страховщик заключает со Страхователями договоры страхования имущественных интересов физических лиц, выезжающих за пределы постоянного места жительства (далее по тексту – договоры страхования), и определяют порядок осуществления страхования имущественных интересов физических лиц, выезжающих за пределы постоянного места жительства (по территории Российской Федерации и за пределы Российской Федерации).

1.2. В рамках настоящих Правил Страховщик осуществляет добровольное страхование, относящееся согласно принятой в законодательстве Российской Федерации классификации к видам:

- страхование от несчастных случаев и болезней;
- медицинское страхование,
- страхование имущества граждан, за исключением транспортных средств,
- страхование гражданской ответственности за причинение вреда третьим лицам,
- страхование финансовых рисков.

1.3. Организация взаимодействия и регулирование отношений между участниками договора страхования, заключенного на условиях настоящих Правил, осуществляется в соответствии с Базовым стандартом защиты прав и интересов физических и юридических лиц – получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации и иностранные страховые организации (утв. Банком России, протокол от 03.08.2023 № КФНП-26), Базовым стандартом совершения страховыми организациями и иностранными страховыми организациями операций на финансовом рынке (утв. Банком России, протокол от 27.10.2022 № КФНП-39), Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг».

1.4. В случае изменения действующего законодательства Российской Федерации, нормативных документов органа страхового надзора и (или) саморегулируемой организации, объединяющей страховые организации, регулирующих настоящие Правила, Страховщик руководствуется в своей деятельности указанными изменениями в законодательстве Российской Федерации и нормативных документах органа страхового надзора, саморегулируемой организации, объединяющей страховые организации, до внесения изменений в настоящие Правила или издания их в новой редакции. Настоящий документ действует в части, не противоречащей действующему законодательству Российской Федерации, нормативным документам органа страхового надзора, саморегулируемой организации, объединяющей страховые организации.

1.5. Применяемые в целях настоящих Правил наименования и понятия в ряде случаев специально поясняются соответствующими определениями.

Термины, наименования и понятия, указанные в настоящем пункте Правил, несут одинаковое смысловое значение по всему тексту настоящих Правил и приложений к ним, и понимаются следующим образом:

1.5.1. **Бликие родственники** – супруг, супруга, отец, мать, сын, дочь, усыновители, усыновленные, родные братья и сестры, бабушка, дедушка, внук, внучка, официальные опекуны, опекаемые.

1.5.2. **Врач** – специалист с законченным высшим медицинским образованием по соответствующему профилю, не являющийся родственником Страхователя (Застрахованного лица), действующий в рамках своей лицензии (сертификата) согласно законодательству страны, в которой оказываются медицинские услуги.

1.5.3. **Дети** – дети (в том числе усыновленные) Застрахованного лица, находящиеся на его иждивении, в возрасте до 18 (восемнадцати) лет.

1.5.4. **Договор страхования** – письменное соглашение между Страхователем и Страховщиком, в силу которого за обусловленную договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем в порядке и размере, установленные договором

страхования, при наступлении предусмотренного в договоре страхования события (страхового случая), совершившегося в течение срока страхования (периода действия страховой защиты), Страховщик обязуется возместить Страхователю или иному лицу, в пользу которого заключен договор страхования (Выгодоприобретателю), в пределах определенной договором страхования суммы (страховой суммы, лимита ответственности) непредвиденные расходы, которые может понести Страхователь (Застрахованное лицо) в период временного пребывания за пределами постоянного места жительства, либо убытки в связи с иными имущественными интересами Страхователя (Застрахованного лица) (выплатить страховое возмещение) в размере (ограничении) и порядке, определенными настоящими Правилами и (или) договором страхования.

1.5.5. **Ключевой информационный документ** (далее также – **КИД**) – документ, предоставляемый Страховщиком Страхователю – физическому лицу об условиях договора страхования в форме, установленной Банком России, по договорам страхования, заключаемым с 01.04.2023 и не связанным с осуществлением предпринимательской деятельности. Это краткая информация об условиях договора страхования – страховом покрытии и исключениях из него, сроках и сумме возврата страховой премии при досрочном расторжении договора страхования, досудебном урегулировании споров.

1.5.6. **Медицинские организации** – юридические лица любой организационно-правовой формы, в том числе амбулаторные, стационарные, а также физические лица – частнопрактикующие врачи, имеющие лицензии (разрешения) на право осуществления медицинской деятельности в соответствии с законодательством страны их места нахождения, привлекаемые Страховщиком или по его поручению иной организацией для оказания медицинских услуг Застрахованным лицам.

1.5.7. **Перевозчик** – любой зарегистрированный в установленном порядке перевозчик, осуществляющий внутренние и (или) международные перевозки пассажиров и багажа по суше, воде или по воздуху, имеющий лицензию на этот тип перевозок, если такая лицензия необходима в силу требований закона.

1.5.8. **Период действия договора страхования** – отрезок времени от момента вступления в силу договора страхования до момента окончания данного договора страхования (окончания срока страхования).

1.5.9. **Период ожидания** (далее также – **временная франшиза**) – период времени, предусмотренный договором страхования, в течение которого Страховщик не несет ответственности по событиям, имеющим признаки страхового случая.

Период ожидания может быть установлен как по договору страхования в целом, так и по отдельным рискам.

Договором страхования могут быть предусмотрены следующие периоды ожидания:

1.5.9.1. **Отсроченный период** – период времени от момента начала срока страхования до момента вступления договора страхования в силу.

1.5.9.2. **Выжидательный период** – период времени от момента вступления договора страхования в силу до момента начала периода ответственности Страховщика.

1.5.9.3. **Отлагательный период** – период времени, отсчёт которого начинается со дня наступления определенного события, истечение которого (периода) является одним из условий признания данного события страховым случаем.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные периоды ожидания.

1.5.10. **Период страхования** (далее по тексту также – **период действия страховой защиты, период ответственности Страховщика, период действия страхового покрытия**) – период времени, в течение которого наступившие события из числа указанных в договоре страхования в качестве страховых рисков, являются событиями, имеющими признаки страхового случая.

1.5.11. **Поездка** (далее также – **путешествие**) – выезд за пределы постоянного места жительства в поездку по территории Российской Федерации либо за пределы Российской Федерации в любую страну, кроме страны пребывания на основании вида на жительство / разрешения на временное проживание и (или) гражданства.

1.5.12. **Полис страхования** – форма договора страхования, разработанная Страховщиком.

1.5.13. **Полисные условия** – приложение к полису страхования, содержащее все основные условия страхования.

1.5.14. **Полномочный представитель** (далее также – уполномоченный представитель) – лицо, которое в силу закона и (или) учредительных документов юридического лица, соответствующей доверенности действует от имени и в интересах представляемого лица.

1.5.15. **Получатель страховых услуг** – физическое лицо, в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо, обратившееся к Страховщику с намерением заключить договор страхования (потенциальный получатель), а также Страхователь, Застрахованное лицо, Лицо, риск ответственности которого застрахован, и (или) Выгодоприобретатель по заключенному договору страхования.

1.5.16. **Постоянное место жительства** (далее также – **ПМЖ**), – населенный пункт (страна для иностранных граждан), который определяется:

а) для граждан Российской Федерации – на основании наличия в общегражданском паспорте или ином документе Застрахованного лица отметки о его регистрации по месту жительства (месту пребывания, которое определяется на основании документа, установленного образца, подтверждающего регистрацию по месту временного пребывания сроком более одного месяца, а также место работы или место учебы);

б) для иностранного гражданина и лица без гражданства – место постоянного пребывания согласно следующим документам:

– для иностранного гражданина – паспорт иностранного гражданина, иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность гражданина.

– для лица без гражданства – документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства; разрешение на временное проживание; вид на жительство; иные документы, предусмотренные федеральным законом или признаваемые в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства.

1.5.17. **Сайт Страховщика** – официальный сайт ООО Страховой Компании «Гелиос» в сети «Интернет» skgelios.ru, принадлежащий Страховщику и содержащий информацию о нём, созданный в соответствии с пунктом 6 статьи 6 Закона Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

Официальный сайт Страховщика может использоваться в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в электронной форме между Страхователем и Страховщиком, являющимся оператором этой информационной системы.

1.5.18. **Сервисная компания** – специализированная организация, круглосуточно обеспечивающая по поручению Страховщика организацию услуг, предусмотренных договором страхования в соответствии с настоящими Правилами.

1.5.19. **Срок страхования** – период времени, в течение которого при наступлении страховых случаев у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховых выплат в соответствии с настоящими Правилами и договором страхования.

Дата начала срока страхования и дата окончания срока страхования указываются в договоре страхования.

Срок страхования устанавливается по соглашению Страховщика и Страхователя в договоре страхования и определяется как разница дат начала и окончания срока страхования, указанных в договоре страхования, с учетом положений пункта 9.3 настоящих Правил.

1.5.20. **Страховая выплата** – денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования, и выплачивается Страховщиком Страхователю (Выгодоприобретателю, Застрахованному лицу или иным третьим лицам) при наступлении страхового случая.

1.5.21. **Страховая защита** (далее по тексту также – **страхование**) – обязательство Страховщика выплатить надлежащему лицу страховую выплату по страховым событиям (страховым случаям), произошедшим в течение установленного договором страхования периода ответственности Страховщика.

Страховая защита действует в течение периода ответственности Страховщика в том объеме, который определен в договоре страхования и оплачен страховой премией.

1.5.22. **Страховая премия** – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

1.5.23. **Страховой взнос** – часть страховой премии или периодический платеж страховой премии Страхователя при уплате страховой премии в рассрочку.

1.5.24. **Страховое покрытие** (далее по тексту также – **объем страховой защиты**) – объем обязательств Страховщика по страховой выплате, который определен в договоре страхования и оплачен страховой премией, по страховым событиям (страховым случаям), произошедшим в период ответственности Страховщика.

1.5.25. **Страховой продукт (программа страхования)** – типовые условия страхования, разработанные Страховщиком на основании настоящих Правил, и предназначенные для заключения типовых договоров страхования (с ограниченным количеством изменяемых условий договора страхования) с определенной категорией Страхователей, объединенных по страховым интересам, видам страховых рисков, степени рисков и иным тарификационным факторам.

1.5.26. **Страховой риск** – предполагаемое событие, на случай наступления которого осуществляется страхование.

Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

1.5.27. **Страховой случай** – совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Выгодоприобретателю.

1.5.28. **Страховая сумма** – денежная сумма, определенная договором страхования при его заключении, исходя из которой, устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

1.5.29. **Страховой тариф** – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями договора страхования и сведений, предоставленных Страхователем на момент заключения договора страхования.

1.5.30. **Туристский продукт** – комплекс услуг по перевозке и размещению, оказываемых за общую цену (независимо от включения в общую цену стоимости экскурсионного обслуживания и (или) других услуг) по договору о реализации туристского продукта.

1.5.31. **Франшиза** – часть убытков, предусмотренная условиями договора страхования, которая не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

1.6. Определения терминов, наименований и понятий, изложенные в настоящих Правилах, распространяются и на соответствующие термины, наименования и понятия, используемые в договоре страхования, заключаемом на основании настоящих Правил.

1.7. В конкретном договоре страхования или для группы договоров страхования Страховщик вправе разрабатывать и использовать определения отдельных страховых понятий, а также вносить дополнения, уточнения, изменения в определения, перечисленные в пункте 1.5 настоящих Правил, а также в те определения, содержание которых раскрывается в других разделах настоящих Правил, – в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

1.8. Если значение какого-либо термина или понятия не оговорено настоящими Правилами или договором страхования, то его толкование осуществляется в соответствии с нормами действующего законодательства Российской Федерации. Если значение какого-либо термина или понятия не может быть определено, исходя из действующего законодательства Российской Федерации и нормативных актов, то значение такого термина или понятия определяется в соответствии с его общепринятым лексическим значением.

1.9. Страховщик вправе присваивать маркетинговые наименования страховым продуктам (программам страхования) или отдельным группам единообразных договоров

страхования, заключаемым в соответствии с настоящими Правилами, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и в том порядке, как это предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации.

1.10. Страховщик вправе формировать выписку (выдержки) из настоящих Правил, сформированную на основе положений настоящих Правил, относящихся к конкретному страховому продукту (программе страхования) или к условиям конкретного договора страхования или отдельной группе договоров страхования, заключаемых на основе настоящих Правил, ориентированных на конкретного Страхователя или сегмент Страхователей (Полисные условия), в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации и настоящими Правилами.

1.11. В соответствии с настоящими Правилами не допускается страхование противоправных интересов, а также интересов, которые не являются противоправными, но страхование которых запрещено законом.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Субъектами страхования в соответствии с настоящими Правилами являются Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо, Лицо, риск ответственности которого застрахован, Выгодоприобретатель.

2.2. Сторонами договора страхования являются Страхователь и Страховщик.

2.3. Участниками договора страхования (но не субъектами страхования) являются Сервисные компании и медицинские организации.

2.4. **Страховщик** – Общество с ограниченной ответственностью Страховая Компания «Гелиос» (ООО Страховая Компания «Гелиос»), созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию (номер в Едином реестре субъектов страхового дела 397), зарегистрированное в г. Краснодар и получившее лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности (лицензию на осуществление добровольного имущественного страхования и лицензию на осуществление добровольного личного страхования, за исключением добровольного страхования жизни) в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

Договоры страхования от имени Страховщика могут заключать уполномоченные штатные работники Страховщика, директора и работники его филиалов и иных обособленных подразделений, а также уполномоченные страховые агенты (юридические лица и физические лица, а также физические лица, зарегистрированные в качестве индивидуальных предпринимателей), действующие в пределах их полномочий на основании соответствующих договоров или доверенностей, выданных Страховщиком.

Страховщик осуществляет оценку страхового риска, получает страховые премии (страховые взносы), определяет размер убытков (ущерба, вреда), производит страховые выплаты, осуществляет иные действия, связанные с исполнением обязательств по договору страхования.

2.5. **Страхователь** – физическое лицо (российский или иностранный гражданин, или лицо без гражданства), обладающие гражданской дееспособностью в полном объеме (согласно статье 21 Гражданского кодекса Российской Федерации), индивидуальный предприниматель или юридическое лицо любой организационно-правовой формы и формы собственности, заключившее со Страховщиком договор страхования.

2.6. Страхователи, являющиеся физическими лицами, заключают договоры страхования в отношении себя лично или в отношении третьих лиц (Застрахованных лиц) – членов семьи, родственников или иных лиц.

Страхователь – физическое лицо, заключивший договор страхования в отношении себя лично, является одновременно Застрахованным лицом.

Страхователи, являющиеся юридическими лицами, заключают договоры страхования в отношении физических лиц (Застрахованных лиц).

2.7. **Застрахованное лицо** – физическое лицо, указанное в договоре страхования, выезжающее за пределы постоянного места жительства, в отношении которого или имущественных интересов которого Страхователь заключает договор страхования на случай наступления определенного договором страхования события (страхового случая).

2.7.1. Застрахованными лицами могут быть граждане Российской Федерации,

иностранцы граждане и лица без гражданства, выезжающие за пределы постоянного места жительства в поездку по Российской Федерации либо за пределы Российской Федерации в любую страну, кроме страны пребывания на основании вида на жительство / разрешения на временное проживание и (или) гражданства.

2.7.2. Застрахованными лицами могут быть лица без ограничения по возрасту, если иное не предусмотрено в договоре страхования.

2.8. В случае если договор страхования заключен Страхователем в отношении себя лично, на него распространяются права и обязанности Застрахованного лица.

2.9. Застрахованное лицо может быть заменено Страхователем другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика.

2.10. Настоящими Правилами, договором страхования могут быть предусмотрены индивидуальные условия по приему Застрахованных лиц на страхование, действию договора страхования, связанные с состоянием здоровья; беременностью; обучением; занятиями спортом; активными видами отдыха; профессиональной деятельностью Застрахованного лица; с признанием страховым случаем событий, произошедших с Застрахованным лицом, находящимся в состоянии опьянения; территорией страхования (условиями проживания, страной гражданства для лиц, не являющихся гражданами Российской Федерации) и другими условиями.

2.11. По договору страхования риска гражданской ответственности по обязательствам, возникающим вследствие причинения вреда жизни, здоровью и (или) имуществу третьих лиц, может быть застрахован риск ответственности самого Страхователя (если Страхователь является физическим лицом) или иного физического лица, на которое такая ответственность может быть возложена, далее по тексту – Лицо, риск ответственности которого застрахован, Застрахованное лицо.

Такое лицо должно быть названо в договоре страхования. Если Страхователь является физическим лицом, а Застрахованное лицо в договоре страхования не названо, то Застрахованным лицом является сам Страхователь (т.е. считается застрахованным риск ответственности самого Страхователя).

2.12. **Лицо, риск ответственности которого застрахован** (далее также – **Застрахованное лицо**), – лицо, риск ответственности которого перед третьими лицами за причинение вреда их жизни, здоровью и (или) имуществу застрахован по договору страхования.

2.13. **Выгодоприобретатель** – физическое или юридическое лицо, назначенное Страхователем при заключении договора страхования и имеющее право на получение страховой выплаты.

В случае смерти Застрахованного лица, если по договору страхования не назначен иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями являются наследники Застрахованного лица.

2.14. Договор страхования, заключенный по страхованию от несчастных случаев в пользу Выгодоприобретателя, не являющегося Застрахованным лицом, может быть заключен только с письменного согласия Застрахованного лица. При отсутствии такого согласия договор страхования может быть признан недействительным по иску Застрахованного лица, а в случае смерти этого лица по иску его наследников.

Замена Выгодоприобретателя, назначенного с согласия Застрахованного лица, допускается лишь с согласия этого Застрахованного лица. Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после того, как он выполнил какую-либо из обязанностей по договору страхования или предъявил Страховщику требование о страховой выплате.

2.15. В случае если Выгодоприобретателем (получателем страховой выплаты) является:

а) малолетний (до 14 лет), то право на получение страховой выплаты имеют его родитель, усыновитель либо опекун;

б) несовершеннолетний, не объявленный полностью дееспособным (от 14 до 18 лет), то право на получение страховой выплаты остается за самим получателем;

в) лицо, признанное недееспособным, то право на получение страховой выплаты переходит его опекуну;

г) лицо, дееспособность которого ограничена, то право на получение страховой выплаты остается за получателем, только с письменного согласия его попечителя.

В случаях, когда получателем страховой выплаты является лицо, указанное в подпунктах «а», «в» и «г» настоящего пункта Правил, страховая выплата производится указанным законным представителем получателя только на основании подтверждающих соответствующее право документов.

2.16. В части страхования имущества договор страхования может быть заключен в пользу лица (Страхователя, Выгодоприобретателя), имеющего основанный на законе, ином правовом акте или договоре интерес в сохранении этого имущества.

2.17. Договор страхования гражданской ответственности за причинение вреда считается заключенным в пользу лиц, которым может быть причинен вред (Выгодоприобретателей).

В части страхования гражданской ответственности Выгодоприобретателями являются потерпевшие третьи лица, жизни, здоровью и (или) имуществу которых причинен вред, даже если договор страхования заключен в пользу Страхователя или иного лица, ответственных за причинение вреда, либо в договоре страхования не сказано, в чью пользу он заключен.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования по договорам страхования, заключенным на условиях настоящих Правил, являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), выезжающего в поездку, связанные:

3.1.1. С риском непредвиденных расходов на организацию и оказание Застрахованному лицу медицинской и лекарственной помощи (медицинских / медико-транспортных услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг (риск «Медицинская и экстренная помощь»);

3.1.2. С риском возникновения непредвиденных расходов вследствие отмены или задержки рейса, отмены оплаченной поездки, отказа / задержки выдачи визы, изменения / переноса сроков пребывания в поездке, размещения Застрахованного лица в зоне карантина / обсервации (риск «Отмена поездки»);

3.1.3. С риском причинения вреда здоровью Застрахованного лица, а также с его смертью в результате несчастного случая (риск «Несчастный случай»);

3.1.4. С риском полной утраты (гибели) и (или) задержки багажа (риск «Багаж»);

3.1.5. С риском наступления ответственности за причинение вреда жизни, здоровью или имуществу третьих лиц (риск «Гражданская ответственность»).

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

4.1. **Страховые риски** (пункт 1.5.26 настоящих Правил).

В соответствии с настоящими Правилами, с учетом изложенных в настоящих Правилах исключений, страховыми рисками являются:

4.1.1. Риск «Медицинская и экстренная помощь»;

4.1.2. Риск «Отмена поездки»;

4.1.3. Риск «Несчастный случай»;

4.1.4. Риск «Багаж»;

4.1.5. Риск «Гражданская ответственность».

4.2. Перечень страховых случаев и условия страхования по рискам, указанным в пунктах 4.1.1 – 4.1.5 настоящих Правил, приведены в соответствующих частях 4.А, 4.Б, 4.В, 4Г, 4.Д раздела 4 настоящих Правил.

4.3. Перечень страховых рисков, согласованных Страхователем и Страховщиком, из числа предусмотренных настоящими Правилами, указывается в договоре страхования.

4.4. **Особые условия страхования.**

Если это отдельно указано в договоре страхования, договор страхования может предусматривать применение следующих **особых условий** и соответствующих им установленных Страховщиком повышающих и (или) понижающих коэффициентов (именуемые в дальнейшем – поправочные коэффициенты) к страховому тарифу:

4.4.1. **«Спорт»** – особое условие договора страхования, при котором страховыми случаями признаются события, произошедшие в результате занятий Застрахованного лица спортом, участия в тренировках, в соревнованиях спортсменов на профессиональном или любительском уровне.

«Любительский спорт» – опция (условие) договора страхования в рамках особого условия «Спорт», при которой(-ом) страховыми случаями признаются события, произошедшие в результате систематических занятий Застрахованного лица избранным видом спорта или физическими упражнениями, участия в спортивных соревнованиях, специально организованных тренировках на началах добровольности.

«Профессиональный спорт» – опция (условие) договора страхования в рамках особого условия «Спорт», при которой(-ом) страховыми случаями признаются события, произошедшие в результате занятий Застрахованного лица спортом как основным видом деятельности, связанным с получением в соответствии с контрактом заработной платы или иного денежного вознаграждения за подготовку к спортивным соревнованиям и участие в них.

Включение в договор страхования особого условия «Спорт» предусмотрено только для рисков «Медицинская и экстренная помощь», «Несчастный случай», «Гражданская ответственность».

4.4.2. **«Активный отдых»** – особое условие договора страхования, при котором страховыми случаями признаются события, произошедшие в результате такого проведения свободного времени, в процессе которого отдыхающий занимается активными видами деятельности, требующими активной физической работы организма, усиленной работы мышц тела.

Для целей настоящих Правил к активному отдыху относятся следующие виды деятельности Застрахованного лица: атлетика (легкая, тяжелая); айкидо; автогонки; акватлон; баскетбол; бокс и его разновидности; борьба (вольная, греко-римская, на поясах); бейсбол; бейсджампинг / роупджампинг / банджи (тарзанка); биатлон; бобслей; вейкборд; водные мотоциклы; водное поло; виндсерфинг; волейбол; гандбол; гребля (академическая, на байдарках и каноэ); гребной слалом; занятия горными лыжами; дайвинг; дзюдо; диггерство; джиппинг; катание на животных (в том числе верховая езда, оленьи и собачьи упряжки); капоэйра; каякинг; кайтинг; картинг; каноэ; кудо; любые мероприятия с применением моторных машин (авто-, мотоспорт, моторные или водно-моторные виды транспорта, в том числе водные лыжи, буксируемые надувные средства и парашюты); охота; плавание с трубкой и маской под поверхностью воды (сноркелинг), в том числе подводная охота; маунтинбайк; мотогонки; прыжки на лыжах с трамплина; поездки (на мопедах, мотоциклах, мотороллерах, квадроциклах, снегоходах, скутерах, мотобайках); прыжки с парашютом; паркур; пейнтбол; пауэрлифтинг; петанк; рафтинг; самбо; сафари; серфинг; сноубординг; скейтбординг; сквош; софтбол; стрельба (любая); синхронное плавание; спелеология; трекинг; тхэквондо; теннис (большой); ушу; уадо; фехтование; фигурное катание; футбол; флорбол; фристайл; хоккей (на льду, на траве); хапкидо; черлидинг; шорт-трек; яхтинг.

Включение в договор страхования особого условия «Активный отдых» предусмотрено только для рисков «Медицинская и экстренная помощь», «Несчастный случай», «Гражданская ответственность».

Занятия иными активными видами деятельности, не включенными в перечень пункта 4.4.2 настоящих Правил и не относящимися к пунктам 4.4.1 и 5.1.15 настоящих Правил, включены в покрытие вне зависимости наличия особого условия «Активный отдых» в графе «Особые условия» договора страхования.

4.4.3. **«Профессия»** – особое условие договора страхования, при котором страховыми случаями признаются события без ограничений по профессиональной деятельности Застрахованного лица и выполнению работ по трудовому договору в поездке.

Включение в договор страхования особого условия «Профессия» предусмотрено только для рисков «Медицинская и экстренная помощь», «Несчастный случай».

4.4.4. **«Хроническое заболевание»** (только для риска «Медицинская и экстренная помощь») – особое условие договора страхования, при котором страховыми случаями признаются события, произошедшие вследствие обострения или осложнения имеющихся у Застрахованного лица хронических заболеваний, не повлекших угрозу жизни и здоровью, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме, независимо от того, было ли о них известно Застрахованному лицу на начало поездки или нет.

По договору страхования устанавливается лимит ответственности Страховщика по риску «Медицинская и экстренная помощь» по каждому страховому случаю, связанному с последствиями обострения или осложнения имеющихся у Застрахованного лица хронических заболеваний, не повлекших угрозу жизни и здоровью, в размере 10 (десяти) процентов от страховой суммы, указанной в договоре страхования, если иное не предусмотрено договором страхования.

Для целей настоящих Правил по тексту под **хроническими заболеваниями** понимается болезненное состояние органа или системы организма, для которого характерно длительное течение, в том числе и бессимптомное, наличие обострений и осложнений, которые требуют лечения.

4.4.5. **«Беременность»** (только для риска «Медицинская и экстренная помощь») – особое условие договора страхования, при котором страховыми случаями признаются события, произошедшие вследствие внезапного острого осложнения беременности и (или) преждевременных родов, в том числе в результате несчастного случая, при условии, что на дату наступления заявленного события срок беременности составляет не более 32 (тридцати двух) недель беременности включительно, если иное не предусмотрено договором страхования.

По договору страхования устанавливается лимит ответственности по риску «Медицинская и экстренная помощь» по каждому страховому случаю, связанному с внезапным острым осложнением беременности или преждевременными родами, в размере 40 (сорока) процентов от страховой суммы, указанной в договоре страхования по риску «Медицинская и экстренная помощь», на одну Застрахованную. События, произошедшие вследствие внезапного острого осложнения беременности и (или) преждевременных родов, в том числе в результате несчастного случая, с Застрахованной, срок беременности которой превышает 32 (тридцать две) недели, страховыми случаями не являются.

4.4.6. **«Обучение»** (только для риска «Медицинская и экстренная помощь») – особое условие договора страхования, при котором по договору страхования могут быть застрахованы лица, пребывающие на территории страхования с целью обучения или по студенческому обмену, включая пребывание на территории страхования на основании вида на жительство / разрешения на временное проживание, если иное не предусмотрено договором страхования.

4.4.7. **«Пляжный отдых»** (только для риска «Медицинская и экстренная помощь») – особое условие договора страхования, при котором Страховщик осуществляет организацию и оплату лечения при следующих заболеваниях / состояниях: дерматиты и иные заболевания кожи и подкожной жировой клетчатки, связанные с воздействием солнечного излучения, грибковые заболевания, солнечные ожоги, инфекции, вызванные вирусом герпеса, серные пробки; «солнечные удары», «тепловые удары» (включая диагностику и лечение).

4.4.8. **«Алкогольное опьянение»** (только для рисков «Медицинская и экстренная помощь», «Несчастный случай», «Гражданская ответственность») – особое условие договора страхования, при котором страховыми случаями признаются события, произошедшие при нахождении Застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или вследствие алкогольного опьянения Застрахованного лица.

4.4.9. **«Террористический акт»** (только для риска «Медицинская и экстренная помощь») – особое условие договора страхования, при котором страховыми случаями признаются события, произошедшие в результате акта терроризма и его последствий, если иное не предусмотрено договором страхования.

4.4.10. **«Стихийные бедствия»** (только для рисков «Медицинская и экстренная помощь», «Отмена поездки») – особое условие договора страхования, при котором страховыми случаями признаются события, произошедшие в результате стихийного бедствия и его последствий, если иное не предусмотрено договором страхования.

В целях настоящих Правил по тексту под стихийными бедствиями понимаются катастрофические природные явления и процессы, непредсказуемые по месту, времени и интенсивности, которые могут вызвать человеческие жертвы и наносить материальный ущерб: землетрясения, извержения вулканов, наводнения, засухи, ураганы, цунами, сели, оползни, снежные лавины, обвалы ледников, торфяные пожары, тайфуны, смерчи, бури.

4.4.11. **«Возраст»** (только для рисков «Медицинская и экстренная помощь», «Несчастный случай») – особое условие договора страхования, при котором страхование

осуществляется в отношении Застрахованного лица, возраст которого на дату окончания договора страхования составляет 65 (шестьдесят пять) лет и более, если иное не предусмотрено договором страхования.

4.4.12. **«Карантин»** (только для риска «Отмена поездки»).

В целях настоящих Правил под **карантином / обсервацией** понимается комплекс ограничительных и противоэпидемических мероприятий, направленных на локализацию и ликвидацию очага инфекционных заболеваний, применяемый к лицам, приехавшим или выезжающим с территории, на которую наложен карантин.

«Карантин» (только для риска «Отмена поездки») – особое условие договора страхования, при котором страховым случаем признается возникновение у Застрахованного лица расходов вследствие:

— размещения и нахождения Застрахованного лица в зоне карантина / обсервации (включая «карантинные комнаты» в гостиницах / отелях) по требованию властей страны / региона пребывания в течение 14 (четырнадцать) дней, если такие меры на территории страхования были введены после пересечения Застрахованным лицом границы территории страхования.

Страховщик возмещает расходы за проживание в гостинице / отеле / карантинной комнате в размере фактически понесенных расходов в пределах страховой суммы, указанной в договоре страхования по риску «Отмена поездки», если иное не предусмотрено в договоре страхования;

— невозможности выехать в запланированную оплаченную поездку в связи с размещением Застрахованного лица в зоне карантина / обсервации по требованию властей страны / региона пребывания / проживания.

Страховщик возмещает расходы, понесенные Застрахованным лицом, в размере не более страховой суммы, указанной в договоре страхования по риску «Отмена поездки», если иное не предусмотрено договором страхования;

— невозможности выехать в запланированную оплаченную поездку в связи с введением карантина на территории страхования, объявленном после оплаты поездки и заключения договора страхования.

Страховщик возмещает расходы, понесенные Застрахованным лицом, в размере не более страховой суммы, указанной в договоре страхования по риску «Отмена поездки», если иное не предусмотрено договором страхования;

— невозможности вернуться вовремя из поездки в связи с размещением Застрахованного лица в зоне карантина / обсервации по требованию властей страны / региона пребывания.

Страховщик возмещает расходы, понесенные Застрахованным лицом, в размере не более страховой суммы, указанной в договоре страхования по риску «Отмена поездки», если иное не предусмотрено договором страхования;

Информация о территориях, на которых введены карантинные мероприятия, публикуется на официальных сайтах: Правительства Российской Федерации, МИД Российской Федерации, Роспотребнадзора, официальных источников исполнительной власти Российской Федерации, посольств / консульств зарубежных стран.

4.5. Выбранные Страхователем страховые риски, а также дополнительные условия, предусмотренные настоящими Правилами, указываются в договоре страхования.

4.6. Программа страхования с условиями страхования по каждому принятому на страхование риску указывается в Полисных условиях к конкретному договору страхования.

4.A. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И РАСХОДЫ, ВОЗМЕЩАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ, ПО РИСКУ «МЕДИЦИНСКАЯ И ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ»

4.7. Страховым случаем по риску «Медицинская и экстренная помощь» является событие, возникшее на территории страхования в указанные договором страхования сроки, в результате которого потребовалось обращение Застрахованного лица (его представителей) в Сервисную компанию / к Страховщику на территории страхования в указанные договором страхования сроки по поводу внезапного острого заболевания, полученной травмы, отравления, обострения хронического заболевания, угрожающего жизни Застрахованного лица, подтвержденного инструментальными и (или) лабораторными методами исследования

и (или) установленными врачом объективными симптомами, за оплатой расходов по организации следующих услуг:

4.7.1. Медицинская помощь в экстренной и неотложной формах.

В целях настоящих Правил под экстренной медицинской помощью понимается медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни Застрахованного лица.

В целях настоящих Правил под неотложной медицинской помощью понимается медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни Застрахованного лица;

4.7.2. Медицинская эвакуация на территории страхования по показаниям, требующим оказания помощи в экстренной или неотложной форме, к врачу или в медицинскую организацию, а также из медицинской организации, в которой отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи;

4.7.3. Медицинская эвакуация с территории страхования к ПМЖ;

4.7.4. Возвращение тела (останков) или урны с прахом Застрахованного лица к ПМЖ;

4.7.5. Экстренная помощь, оказание которой необходимо по причине наступления события, имеющего признаки страхового случая, и иных услуг, предусмотренных договором страхования.

4.8. Если договором страхования не предусмотрено иное, заявленное Застрахованным лицом событие в соответствии с пунктами 4.7.1 – 4.7.5 настоящих Правил не признается страховым случаем, если оно произошло в результате событий, указанных в разделе 5 настоящих Правил, а также следующих обстоятельств:

4.8.1. Обращение Застрахованного лица по поводу:

а) заболевания или состояния, которые не требуют экстренной и неотложной медицинской помощи или не препятствуют продолжению поездки и пребыванию Застрахованного лица на территории страхования или лечению которых может быть осуществлено по возвращению Застрахованного лица к ПМЖ;

б) хронического заболевания, его обострения, осложнения, не повлекшего угрозу жизни и здоровью Застрахованного лица, за исключением договоров страхования с особым условием «Хроническое заболевание», отраженным в графе «Особые условия» договора страхования согласно пункту 4.4.4 настоящих Правил. Обострение или осложнение хронического заболевания и (или) расстройство здоровья, вызвавшее состояние, угрожающее жизни и здоровью Застрахованного лица, признается страховым случаем;

в) острого заболевания, полученной травмы, отравления, имевшихся до начала срока страхования или начавшегося до приезда на территорию страхования, независимо от того, осуществлялось ли по нему лечение или нет.

г) заболевания или расстройства здоровья вследствие невыполнения или ненадлежащего выполнения предписаний лечащего врача, а также вследствие самолечения и (или) приема медицинских препаратов, не назначенных врачом;

д) кожных заболеваний и заболеваний подкожной клетчатки, в том числе, но не ограничиваясь: псориаза; чесотки; вросшего ногтя; мозолей; дерматитов, в том числе аллергических, пищевых, связанных с укусами насекомых (кроме угрожающих жизни состояний в следствие укусов ядовитых пауков, пчел, ос, клещей, переносчиков инфекционных заболеваний); грибковых заболеваний (за исключением договоров страхования с особым условием «Пляжный отдых», отраженным в графе «Особые условия» договора страхования согласно пункту 4.4.7 настоящих Правил);

е) солнечных ожогов, дерматитов и иных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, связанных с воздействием солнечного излучения, а также «солнечных ударов», «тепловых ударов», за исключением договоров страхования с особым условием «Пляжный отдых», отраженным в графе «Особые условия» договора страхования согласно пункту 4.4.7 настоящих Правил;

ж) заболевания, включенного в класс «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ E00-E90» Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 (десятого) пересмотра,

принятой приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.07.1997 № 170, далее – МКБ-10, а также его последствий и осложнений;

з) заболевания, включенного в блок «Обильные, частые и нерегулярные менструации, другие аномальные кровотечения из матки и влагалища, нарушения менопаузы и другие нарушения в околоменопаузном периоде N92» МКБ-10;

и) заболеваний и состояний, требующих хирургических методов лечения с косметической целью;

к) заболеваний, включенных в класс «Психические расстройства и расстройства поведения F00-F99», и блоки «Демиелинизирующие болезни, болезни центральной нервной системы G35-G37» и «Эпизодические и пароксизмальные расстройства G40-G47» МКБ-10; психических заболеваний, алкоголизма, наркомании, токсикомании, судорожных состояний (включая эпилепсию), невротозов (панические атаки, депрессии, истерические синдромы и т.п.);

л) заболевания, включенного в раздел МКБ-10 «Поражение межпозвоночных дисков M51.0 – M51.9, G55.1»;

м) любого новообразования (злокачественного или доброкачественного), его осложнения или последствия, включая смерть; заболеваний крови и кроветворных органов, в том числе, вовлекающих иммунный механизм;

н) инфекций, передающихся преимущественно половым путем; ВИЧ-инфекций; микозов; кандидозов (включая «молочницу»); вирусных гепатитов В, С, D (кроме гепатитов А и Е); гонореи; хламидийной инфекции; сифилиса; трихомоноза; мягкого шанкра; генитальных папиллом; туберкулеза, лепры, малярии и их последствий (осложнений);

о) инфекций, вызванных вирусом герпеса, за исключением договоров страхования с особым условием «Пляжный отдых», отраженным в графе «Особые условия» договора страхования согласно пункту 4.4.7 настоящих Правил;

п) состояний, связанных с наследственными заболеваниями, а также с врожденными аномалиями (пороками развития), деформациями и хромосомными нарушениями, выделенными в отдельный класс заболеваний Q00-Q99 МКБ-10;

р) состояния беременности и ее осложнений (за исключением случаев внематочной беременности), а также всеми связанными с ней лечебными, родовспомогательными и иными процедурами, исключение составляют договоры страхования с особым условием «Беременность», отраженным в графе «Особые условия» договора страхования согласно пункту 4.4.5 настоящих Правил. В любом случае Страховщик не возмещает расходы, возникшие в связи с наблюдением, лечением, транспортировкой, эвакуацией и репатриацией новорожденного ребенка Застрахованной;

с) лечения, в целях получения которого Застрахованным лицом осуществлялась поездка или когда поездка была противопоказана Застрахованному лицу по состоянию здоровья согласно заключению медицинской организации;

т) состояний, вызванных онкологическими заболеваниями, заболеваниями крови, сахарным диабетом, любыми нарушениями менструального цикла, циститом, простатитом, аденомой простаты и другими урологическими и гинекологическими заболеваниями (в том числе требующими хирургического лечения), энцефалитом, менингитом, полиневритом, циррозом, туберкулезом, саркоидозом, муковисцидозом, независимо от клинической формы и стадии процесса;

у) любых повреждений, полученных от представителей животного и (или) растительного мира, а также их последствий;

ф) диагностики и лечения заболеваний, таких как свинка, ветряная оспа, краснуха, скарлатина, корь;

х) контрацепции, стерилизации (или обратной процедурой), оплодотворения, вазэктомии;

ц) особо опасных и тропических заболеваний (чума, холера, оспа, желтая лихорадка, вирусные геморрагические лихорадки (кроме лихорадки Денге), требующих заблаговременной вакцинации до начала поездки и редких тяжелых инфекционных заболеваний (столбняк, ботулизм, туляремия, клещевой энцефалит, бешенство и т.п.).

4.8.2. Если событие связано с возмещением расходов даже при наличии медицинских показаний к их осуществлению по поводу / в случае:

- а) осуществления ухода за Застрахованным лицом близкими родственниками (пункт 1.5.1 настоящих Правил) и любыми лицами, не согласованного с Сервисной компанией или Страховщиком;
- б) лечения, которое по срокам выполнения может быть осуществлено после возвращения Застрахованного лица к ПМЖ, а также расходов, связанных с предоставлением услуг, не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения, или с лечением, не назначенным врачом;
- в) лечения на отдыхе, санаторного, терапевтического или попечительского ухода, реабилитационных мероприятий, восстановительного лечения, физиотерапии, массажа, рефлексотерапии, мануальной терапии, диагностики и лечения методами альтернативной медицины, фитотерапии, гомеопатии, гирудотерапии, психотерапевтических и психоаналитических услуг, гипноза, любых профилактических мероприятий, обследований, общих медицинских осмотров, любых видов вакцинации, а также расходов, связанных с предоставлением дополнительного комфорта, а именно: палаты типа «люкс», телевизора, телефона, кондиционера, увлажнителя, услуг парикмахера, массажиста, косметолога, переводчика (если услуги переводчика не предусмотрены договором страхования) и т.п.;
- г) лечения, ухудшения состояния здоровья или смерти Застрахованного лица, если поездка была противопоказана Застрахованному лицу лечащим врачом по состоянию здоровья;
- д) лечения, проведение которого было рекомендовано или показано Застрахованному лицу до начала поездки;
- е) ухудшения состояния здоровья или смерти Застрахованного лица в результате употребления лекарственных препаратов, назначенных Застрахованному лицу до начала поездки и для которых, согласно описанию производителя этого медицинского препарата, характерны наступившие побочные проявления, указанные производителем лекарственного средства в аннотации; также расходов, связанных с передозировкой и (или) неправильным применением лекарственных средств, с индивидуальной непереносимостью организмом принятых препаратов и (или) их отдельных компонентов;
- ж) долечивания на территории страхования, проведения планового обследования и (или) лечения, даже если указанные мероприятия связаны с произошедшим страховым случаем;
- з) оплаты косметического лечения и (или) процедур, водолечения и нетрадиционных (народных) методов лечения;
- и) осуществления любых диагностических и оперативных вмешательств на сердце и сосудах любой локализации, ангиопластики, коронарографии, стентирования, шунтирования, ангиографии; в случае невозможности выделить из общего счета их стоимость, она принимается равной стоимости 3 (трех) календарных дней госпитализации и вычитается из суммы итогового счета за госпитализацию;
- к) артроскопического лечения; расходов на приобретение металлоконструкций для проведения операции остеосинтеза; в случае невозможности выделить из общего счета их стоимость, она принимается равной стоимости 3 (трех) календарных дней госпитализации и вычитается из суммы итогового счета за госпитализацию;
- л) имплантации и реимплантации органов и тканей, протезирования;
- м) диагностирования и лечения серных пробок, за исключением договоров страхования с особым условием «Пляжный отдых», отраженным в графе «Особые условия» договора страхования согласно пункту 4.4.7 настоящих Правил;
- н) диагностических исследований, в результате которых не выявлено никакого внезапного острого заболевания, травм, отравлений, угрожающих жизни Застрахованного лица, не выявлены последствия несчастного случая, угрожающие жизни Застрахованного лица;
- о) покупки медицинских препаратов и любых лекарств, не предписанных лечащим врачом на территории страхования; очков (включая подгонку), контактных линз, слуховых аппаратов, корригирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений (костылей, стелек, корсетов и т.п.); приобретение изделий медицинского назначения, кардиостимуляторов, искусственных хрусталиков, стентов; покупки любой медицинской техники;

п) медицинских, медико-транспортных расходов, включая репатриацию, на лечение, которое является целью поездки, а также расходов, возникших в связи с ухудшением состояния здоровья или смертью Застрахованного лица, наступивших в поездке, предпринятой с целью получения лечения и (или) реабилитации;

р) транспортных услуг, которые не подтверждены соответствующими документами (счет, квитанция, чек);

с) любого протезирования, эндопротезирования, зубного и глазного протезирования;

т) судебных и внесудебных издержек Застрахованного лица (оплата услуг нотариуса, уплата государственной пошлины и иных обязательных сборов, уплата штрафов, присужденных (наложенных уполномоченным органом) денежных взысканий);

у) получения медицинских и иных экстренных услуг, не согласованных со Страховщиком и (или) Сервисной компанией по телефонам и в порядке, указанным в договоре страхования и (или) настоящих Правилах, за исключением случаев добровольного признания Страховщиком достаточности сведений и обстоятельств для признания события страховым, но в любом случае в пределах 250 у.е. / 15 000 руб.;

ф) расходов, имевших место на территории Российской Федерации после возвращения Застрахованного лица с территории страхования, а также после прекращения действия договора страхования;

х) получения Застрахованным лицом возмещения в результате причинения вреда жизни, здоровью;

ц) оплаты расходов за гемодиализ, кроме случаев спасения жизни, в размере не более 5 (пяти) процентов от страховой суммы по договору страхования;

ч) расходов, связанных с посадкой рейсового или чартерного рейса самолета по медицинским показаниям, связанным со здоровьем находящегося на борту Застрахованного лица;

ш) проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, экстракорпоральных методов лечения (плазмозферез, гемосорбция, лазеротерапия, иммунокоррекция), лечения в барокамере и другими дорогостоящими, сложными, углубленными методами диагностики, не согласованными до оказания помощи с Сервисной компанией;

щ) оплаты расходов за услуги, не назначенные врачом или выполненные без медицинских показаний, в том числе по желанию Застрахованного лица (его представителя);

ы) перемещения Застрахованного лица от / до круизных и (или) иных водных судов, транспортом, отличным от наземного;

4.8.3. Если событие сопровождается:

а) нарушением Застрахованным лицом правил профилактики заболеваний, характерных для страны временного пребывания, а также невыполнением предписаний врача;

б) отказом Застрахованного лица (его представителя) с даты отказа:

— от выполнения предписаний лечащего врача, полученных им в связи с обращением по поводу страхового случая;

— от эвакуации до транспортного узла (аэропорта, вокзала, порта) города, где Застрахованное лицо постоянно проживает;

— от организации перевода в другую медицинскую организацию, предложенную Сервисной компанией. Отказ Застрахованного лица подписать заявление об отказе от предложенных лечащим врачом и (или) Сервисной компанией и (или) Страховщиком услуг не влечет для Страховщика обязательств произвести страховую выплату.

4.9. По настоящим Правилам Страховщик в соответствии с договором страхования возмещает расходы, связанные с организацией и осуществлением услуг, указанных в части 4.А раздела 4 настоящих Правил, если иное не оговорено в договоре страхования:

— Сервисной компании, организующей и осуществляющей услуги, указанные в части 4.А раздела 4 настоящих Правил;

— непосредственно Застрахованному лицу, если его расходы были предварительно согласованы с Сервисной компанией и (или) Страховщиком, при представлении документов об осуществлении им соответствующих расходов, связанных со страховым случаем.

При этом Страховщик не несет ответственность за качество услуг, оказанных третьими лицами (медицинскими организациями, транспортными компаниями и пр.).

4.10. К расходам, подлежащим возмещению по риску «Медицинская и экстренная помощь» при условии, что произошедшее событие будет признано страховым случаем, если иное не предусмотрено договором страхования, относятся:

4.10.1. **Расходы «Медицинские расходы»:**

4.10.1.1. **«Амбулаторное лечение»** – расходы по амбулаторному лечению, включая расходы:

- на первичные диагностические мероприятия и тестирование на инфекционные и вирусные заболевания (в том числе на COVID-19) по назначению врача или по требованию властей страны / региона, включая пребывание в карантинной зоне, в случае, если заболевание протекает в легкой форме или после лечения карантинного заболевания предписано пребывание в карантине;

- на медикаменты, выписанные лечащим врачом;

- на перевязочные средства и средства фиксации (гипс, включая его аналоги, биндаж);

4.10.1.2. **«Экстренная госпитализация»** – расходы по экстренной госпитализации: по пребыванию и лечению в круглосуточном стационаре, согласованные Страховщиком и (или) Сервисной компанией, включая расходы:

- на врачебные услуги,

- на проведение операций,

- на неотложные диагностические исследования,

- на диагностику и лечение инфекционных и вирусных заболеваний (в том числе на COVID-19),

- на медикаменты, выписанные лечащим врачом;

- на перевязочные средства и средства фиксации (гипс, включая его аналоги, биндаж).

Экстренная госпитализация осуществляется при внезапных острых заболеваниях, травмах, отравлениях и иных состояниях, представляющих угрозу жизни пациенту, до момента устранения угрозы жизни и (или) снятия острой боли;

4.10.1.3. **«Экстренная стоматология»** – расходы на экстренную стоматологию (в размере, не превышающем 200 у.е. / 12 000 руб. на одно Застрахованное лицо за весь период страхования), включающие расходы:

- на стоматологический осмотр,

- на удаление зубов, терапевтическое лечение зубов, обусловленные острым заболеванием зуба и (или) окружающих зуб тканей или травмами, полученными в результате несчастного случая;

4.10.1.4. **«Телемедицина»** – расходы:

- на телемедицинские консультации врачей специалистов;

- на информационно-консультационные услуги по вопросам, связанным с расстройством здоровья или состоянием Застрахованного лица;

4.10.2. **Расходы «Медицинская эвакуация»** – расходы на медицинскую эвакуацию, а именно:

4.10.2.1. **«Транспортировка к врачу или в медицинскую организацию»** – расходы на транспортировку по экстренным и неотложным обстоятельствам на территории страхования к находящемуся в непосредственной близости врачу или в медицинскую организацию, если медицинская транспортировка необходима по жизненным показаниям на территории страхования, а также при невозможности самостоятельного передвижения Застрахованного лица;

а) расходы на медицинскую эвакуацию оплачиваются также в случае, если она была осуществлена службой скорой помощи при спасении жизни Застрахованному лицу в ситуации, когда состояние здоровья Застрахованного лица не позволяло ему предварительно самостоятельно связаться с Сервисной компанией;

б) расходы на транспортировку на территории страхования из клиники к месту проживания на территории страхования в случае, если такая транспортировка необходима по медицинским показаниям и требует привлечения санитарного транспорта;

в) расходы на санитарную транспортировку до аэропорта / вокзала вылета / выезда на территории страхования в случае, если транспортировка Застрахованного лицу невозможна в качестве обычного пассажира городского транспорта;

4.10.2.2. **«Вынужденная транспортировка к ПМЖ»** – расходы на экстренную медицинскую транспортировку с территории страхования до транспортного узла (аэропорта, вокзала, порта), далее – транспортный узел, ближайшего к ПМЖ, наиболее экономичным видом транспорта при условии отсутствия на территории страхования возможностей для предоставления требуемой экстренной медицинской помощи;

4.10.2.3. **«Медицинская транспортировка к ПМЖ»** – расходы на экстренную медицинскую транспортировку с территории страхования наиболее экономичным видом транспорта, включая расходы на сопровождение медицинским персоналом, которое предписано лечащим врачом и врачом Сервисной компании, для выполнения медицинских манипуляций во время транспортировки до транспортного узла, ближайшего к ПМЖ, когда медицинское состояние Застрахованного лица препятствует продолжению поездки и (или) ему требуется проведение отложенной (плановой) операции по причине страхового случая; при условии отсутствия возможности у Застрахованного лица по медицинским показаниям самостоятельно вернуться к ПМЖ по причине страхового случая. Медицинская транспортировка проводится только при отсутствии медицинских противопоказаний. При этом:

а) медицинская транспортировка Застрахованного лица иностранного гражданина и лица без гражданства осуществляется до ближайшего международного транспортного узла страны постоянного проживания Застрахованного лица;

б) любая экстренная медицинская транспортировка осуществляется исключительно Сервисной компанией или по согласованию с ней и только в тех случаях, когда ее возможность подтверждается заключением лечащего врача, врача-эксперта Страховщика на основании документов от лечащего врача и при условии отсутствия медицинских противопоказаний, а также при наличии согласия Застрахованного лица (его представителей) на транспортировку;

в) при невозможности по медицинским показаниям использовать проездные документы Застрахованное лицо обязано принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры, чтобы уменьшить возможные убытки, в том числе:

– вернуть (сдать) проездные документы и возместить их стоимость. При несоблюдении данного условия Страховщик вправе вычесть из суммы возмещения расходов Застрахованного лица за возвращение к ПМЖ стоимость неиспользованных проездных документов;

– обменять на проездные документы с более поздней датой для возвращения к ПМЖ. При этом Страховщик оплачивает разницу между новыми проездными документами и неиспользованными;

г) все решения по медицинской эвакуации принимаются по согласованию лечащего врача со Страховщиком. При этом Страховщик не несет ответственности в случае несоблюдения перевозчиком расписания движения;

4.10.3. **Расходы «Репатриация тела»** – расходы на организацию возвращения тела (останков) или урны с прахом Застрахованного лица, смерть которого наступила вследствие причин, указанных в пункте 4.7 настоящих Правил, (включая груз «200» / «300»), на территории страхования (организуются только Сервисной компанией), а именно расходы на:

4.10.3.1. Оплату согласованных Сервисной компанией и Страховщиком расходов по вскрытию и бальзамированию тела, пребыванию тела в морге, по приобретению гроба, требуемого для перевозки тела, оформлению необходимых документов для перевозки тела до транспортного узла, ближайшего к ПМЖ. При этом Страховщик не оплачивает расходы на ритуальные услуги;

4.10.3.2. Оплату согласованных Сервисной компанией и Страховщиком расходов по оформлению и приемке груза «200» / «300», включая оплату услуг таможенного декларанта, грузового терминала, вскрытие и утилизацию цинкового гроба;

4.10.3.3. По согласованию с родственниками умершего Застрахованного лица репатриация останков может быть заменена кремацией на территории страхования и транспортировкой урны с прахом до транспортного узла, ближайшего к ПМЖ;

4.10.3.4. Репатриация может быть осуществлена представителем Застрахованного лица при условии согласования всех расходов по репатриации с Сервисной компанией;

4.10.4. **Расходы «Иные экстренные услуги»** – расходы на организацию экстренной помощи и иных услуг, предусмотренных договором страхования, а именно:

4.10.4.1. **«Проезд до ПМЖ после стационара»** – расходы на проезд Застрахованного лица в один конец экономическим классом на самолете или иным наиболее экономичным видом транспорта, согласованным со Страховщиком, до транспортного узла, ближайшего к ПМЖ.

Указанные расходы возмещаются в случае, если отъезд Застрахованного лица не состоялся вовремя, т.е. в день, указанный в проездных документах, находящихся на руках у Застрахованного лица, при условии, что:

а) Застрахованное лицо пребывало на круглосуточном стационарном лечении более одних суток;

б) Застрахованное лицо имело медицинские противопоказания к осуществлению перелета;

в) Застрахованному лицу был установлен диагноз карантинного заболевания (в том числе COVID19), в связи с чем он был госпитализирован или помещен в карантин;

4.10.4.2. **«Проезд Застрахованного лица и сопровождающего лица»** – расходы на проезд:

а) лица, застрахованного по договору страхования, заключенному в соответствии с настоящими Правилами, и находившегося в совместной поездке с Застрахованным лицом (с которым наступил страховой случай и транспортировка которого осуществляется по пункте 4.10.2.3 настоящих Правил), в один конец экономическим классом на самолете или иным наиболее экономичным видом транспорта, согласованным со Страховщиком, до транспортного узла (аэропорта, вокзала, порта) города, где Застрахованное лицо постоянно проживает;

б) взрослого сопровождающего лица для немедицинского сопровождения Застрахованного лица, с которым наступил страховой случай, и транспортировка к ПМЖ которого осуществляется согласно пункту 4.10.2.3 настоящих Правил;

в) взрослого сопровождающего лица для немедицинского сопровождения Застрахованного лица в возрасте до 14 (четырнадцати) лет, с которым наступил страховой случай, по причине которого он не смог вернуться к ПМЖ по заранее приобретенным билетам.

Сопровождающим лицом по условиям подпунктов «б» и «в» пункта 4.10.4.2 настоящих Правил может быть как близкий родственник Застрахованного лица, так и сотрудник Сервисной компании, исходя из необходимости.

Проезд организуется близкими родственниками Застрахованного лица, представителем Застрахованного лица самостоятельно, но только по согласованию с Сервисной компанией;

4.10.4.3. **«Проживание до отъезда после госпитализации»** – расходы на проживание до отъезда:

а) расходы на оплату проживания Застрахованного лица в гостинице с момента его выписки из стационара до момента его отъезда к ПМЖ, но не более 5 (пяти) календарных дней, из расчета стоимости проживания в одноместном номере в гостинице категории не выше «три звезды» и не более эквивалента 80 у.е. / 5 000 руб. в сутки или иного лимита для таких расходов, особо установленного в договоре страхования;

б) проживание организуется Сервисной компанией или Застрахованным лицом самостоятельно, но только по согласованию с Сервисной компанией;

4.10.4.4. **«Визит третьего лица»** – расходы на визит третьего лица:

а) для одного совершеннолетнего близкого родственника / опекуна Застрахованного лица наиболее экономичным видом транспорта (билет от транспортного узла, ближайшего к ПМЖ и обратно) до транспортного узла (аэропорта, вокзала, порта) города к месту круглосуточного стационарного лечения на территории страхования Застрахованного лица, путешествующего без близких родственников или с несовершеннолетними детьми, если состояние здоровья Застрахованного лица оценивается лечащим врачом и медицинским представителем Сервисной компании как критическое, угрожающее жизни, и срок пребывания в палате интенсивной терапии превышает 10 (десяти) календарных дней.

Визит организуется Застрахованным лицом или его близкими родственниками, или уполномоченными представителями самостоятельно, но только по согласованию с Сервисной компанией. Страховщик возмещает расходы на билеты, необходимые для осуществления указанной в настоящем пункте Правил транспортировки, только после представления документов, подтверждающих степень родства и медицинского заключения.

б) если на стационарном лечении находится несовершеннолетний ребенок в возрасте до 14 (четырнадцати) лет, путешествующий без сопровождения близким родственником, Страховщик возмещает расходы на перелет в оба конца и необходимое суточное проживание близкого родственника (опекуна) Застрахованного лица на время пребывания Застрахованного лица в медицинской организации в пределах срока не более 10 (десяти) ночей, из расчета стоимости проживания не более 80 у.е. / 5 000 руб. в сутки.

В целях настоящих Правил под несовершеннолетним ребенком понимается родной или усыновленный ребенок Застрахованного лица в возрасте до 14 (четырнадцати) лет, выехавший на законных основаниях из Российской Федерации;

4.10.4.5. **«Возвращение несовершеннолетних детей»** – расходы на оплату транспортировки несовершеннолетних детей Застрахованного лица, оставшихся на территории страхования без присмотра в результате страхового случая, произошедшего с Застрахованным лицом, для возвращения их до транспортного узла, ближайшего к ПМЖ.

Оплачивается транспортировка экономическим классом самолетом или иным наиболее экономичным видом транспорта, согласованным со Страховщиком, при необходимости – с сопровождающим лицом, представленным перевозчиком или Сервисной компанией;

4.10.4.6. **«Переводчик»** – расходы на предоставление и оплату переводчика при нахождении Застрахованного лица в круглосуточном стационаре на территории страхования, но не более эквивалента в размере 0,2 (ноль целых две десятых) процента от страховой суммы по договору страхования (организуются Сервисной компанией только при наличии такой возможности в медицинской организации);

4.10.4.7. **«Досрочное возвращение»** – расходы на досрочное возвращение, включая расходы:

а) **«Досрочное возвращение в связи с ДТП»** – расходы на транспортировку близких родственников Застрахованного лица, находящихся вместе с ним в совместной поездке на территории страхования, если в результате страхового события, в том числе дорожно-транспортного происшествия (далее по тексту – ДТП), они не могут воспользоваться первоначально предусмотренным способом возвращения в первоначально установленный срок из-за заболевания, потребовавшего стационарного лечения, травмы, препятствующей поездке Застрахованного лица, или смерти Застрахованного лица.

Страховщик оплачивает расходы по возвращению наиболее экономичным способом до транспортного узла, ближайшего к ПМЖ близких родственников Застрахованного лица. Транспортировка организуется близкими родственниками самостоятельно только по согласованию с Сервисной компанией. Страховщик возмещает расходы на билеты, необходимые для осуществления указанной транспортировки;

б) **«Досрочное возвращение в связи со смертью родственника»** – расходы на проезд Застрахованного лица до транспортного узла, ближайшего к ПМЖ, в один конец экономическим классом в случае внезапной или непредвиденной смерти его близкого родственника при условии своевременной сдачи Застрахованным лицом / его представителями неиспользованных проездных билетов перевозчику.

Страховщиком возмещается разница между суммой приобретенных новых проездных документов и суммой возврата перевозчиком за неиспользованные проездные документы. Проезд организуется Застрахованным лицом или его близкими родственниками, представителем Застрахованного лица самостоятельно, но только по согласованию с Сервисной компанией;

4.10.4.8. **«Телефонные звонки в Сервисную компанию»** – расходы Застрахованного лица на телефонные звонки в Сервисную компанию возмещаются при условии, что произошедшее событие будет признано страховым случаем при предъявлении подтверждающих документов в сумме, не превышающей эквивалента в размере 0,2 (ноль целых две десятых) процента от страховой суммы по каждому страховому случаю. При этом счет за звонок должен содержать следующие данные: дата звонка, телефонный номер,

продолжительность переговоров и оплаченная сумма, подтвержденная документально;

4.10.4.9. **«Юридическая помощь»** – расходы по получению юридической помощи: в случае необходимости Страховщик возмещает расходы по организации и оплате первичной юридической консультации, оказанной Застрахованному лицу, включая услуги переводчика при проведении такой консультации, если это необходимо, в размере, не превышающем 2 000 у.е. / 10 000 руб. за весь период страхования, в случае если Застрахованного лица преследуют в судебном порядке в соответствии с гражданским законодательством страны пребывания в связи с неумышленным причинением Застрахованным лицом ущерба третьей стороне, ненамеренным нарушением нормативных актов страны пребывания, за исключением случаев, связанных с налоговым законодательством, трудовым законодательством, умышленным нарушением Застрахованным лицом действующего законодательства Российской Федерации или страны пребывания, установленных и общепринятых правил и норм поведения во время поездки Застрахованного лица, а также исключая ущерб и нарушения, связанные с использованием, владением и хранением транспортных средств.

Консультация предоставляется с использованием возможных способов связи. Для получения консультаций выезд юриста (адвоката) не осуществляется.

За качество правовой (юридической) помощи, предоставляемой Застрахованному лицу, несет ответственность непосредственно лицо, оказавшее Застрахованному лицу правовую (юридическую) помощь;

4.10.4.10. **«Административная помощь»** – расходы на организацию административной помощи на территории страхования в случае кражи или утраты загранпаспорта Застрахованного лица, именных проездных документов, водительского удостоверения Застрахованного лица. Страховщик возмещает расходы по оформлению новых проездных документов / дубликатов в пределах лимита не более 3 (трех) процентов от страховой суммы и не более размера первоначальной цены (проездных документов) за весь период страхования;

4.10.4.11. **«Поисково-спасательные операции»** – расходы на организацию и проведение поисково-спасательных операций в случае отсутствия любого контакта с Застрахованным лицом и невозможности определить его точное местонахождение. Расходы, связанные с занятием спортом / активным проведением отдыха, осуществляются только Сервисной компанией и только в том случае, если предпринятые Застрахованным лицом действия (восхождение и т.п.), последствия которых требуют проведения данных работ, были официально зарегистрированы на территории страхования, осуществлялись с надлежащим оборудованием и снаряжением, декларированным маршрутом и местом отдыха, с лицензированным инструктором (при необходимости), а также при условии применения установленных Страховщиком поправочных коэффициентов к базовой страховой премии по риску «Медицинская и экстренная помощь» при оформлении договора страхования, что отражено в договоре страхования в графе «Особые условия» выбором особого условия «Спорт» или «Активный отдых», согласно пунктам 4.4.1, 4.4.2 настоящих Правил.

4.10.4.11.1. Лимит ответственности Страховщика на любые расходы, связанные с организацией и проведением транспортировки из удаленных или труднодоступных мест (в горах, на море, в пустыне, в джунглях или из других районов), потребовавших привлечения авиатранспорта, для Застрахованного за весь период страхования составляет эквивалент не более 10 процентов от страховой суммы, если Договором страхования не установлен иной лимит или не предусмотрено иных условий;

4.10.4.12. **«Стационар для родственника Застрахованного лица до 14 лет»** – расходы по пребыванию в стационаре в палате стандартного типа одного из родителей (взрослого близкого родственника) госпитализированного застрахованного ребенка в возрасте до 14 (четырнадцати) лет, путешествующих вместе;

4.10.4.13. **«Проезд до транспортного узла к ПМЖ из-за смерти родственника»** – расходы на транспортировку Застрахованного лица до транспортного узла, ближайшего к ПМЖ, и обратно к месту пребывания на территории страхования в ситуации вынужденного, досрочного возвращения ранее даты приобретенных проездных документов для возвращения из поездки из-за смерти близкого родственника в стране постоянного проживания.

Транспортировка организуется и оплачивается Застрахованным лицом

самостоятельно после согласования с Сервисной компанией.

Возмещению подлежит стоимость билетов экономического или приравненного к нему класса.

Если количество застрахованных дней по договору страхования в отношении Застрахованного лица составляет более 90 (девяноста) дней, то расходы на транспортировку Застрахованного лица осуществляются туда и обратно.

Если количество застрахованных дней по договору страхования в отношении Застрахованного лица составляет менее 90 (девяноста) дней, то расходы на транспортировку Застрахованного лица осуществляются только до транспортного узла, ближайшего к ПМЖ.

4.11. В договоре страхования стороны могут предусмотреть, что исключения из страхования, указанные в подпунктах «а» – «ф» пункта 4.8.1, подпунктах «а» – «ы» пункта 4.8.2, подпунктах «а» – «б» пункта 4.8.3 настоящих Правил, включаются в страховое покрытие (Страховщик по указанным обстоятельствам производит выплату страхового возмещения), при этом в договоре страхования в графе «Особые условия» указываются подпункты, включенные в страховое покрытие.

Если событие связано с возмещением расходов по жизненным показаниям и (или) медицинской целесообразностью, исключения из страхования, указанные в подпунктах «и», «к», «ш» пункта 4.8.2 настоящих Правил, включаются в страховое покрытие по согласованию со Страховщиком.

4.12. Расходы, включенные в программу страхования по риску «Медицинская и экстренная помощь» указываются в Полисных условиях к конкретному договору страхования.

4.13. На основании и в соответствии с настоящими Правилами могут быть разработаны различные программы страхования по риску «Медицинская и экстренная помощь».

4.Б. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И РАСХОДЫ, ВОЗМЕЩАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ, ПО РИСКУ «ОТМЕНА ПОЕЗДКИ»

4.14. Типы поездок.

В целях настоящих Правил, если договором страхования не предусмотрено иное:

4.14.1. Под **туристической поездкой** понимается поездка, осуществляемая в соответствии с туристским продуктом (пункт 1.5.30 настоящих Правил), предоставленным турагентом / туроператором по договору о реализации туристского продукта;

4.14.2. Под **самостоятельно организованной поездкой** понимается поездка, предусматривающая оплату проездных документов и (или) бронь / оплату проживания в гостинице, организованная без привлечения турагента или туроператора и без заключения договора о реализации туристского продукта;

4.14.3. Под **совместной поездкой** понимается поездка, запланированная совместно с Застрахованным лицом, у которой совпадают сроки, количество дней проживания, место проживания (страна, город, курорт, гостиница / отель), что подтверждается документами (проездные документы на одну дату вылета / прилета, туристский ваучер, туристская путевка, подтверждение бронирования гостиницы, выписка об оплате с банковского счета), далее – совместная поездка.

4.15. Страховым случаем признается возникновение у Застрахованного лица расходов вследствие следующих событий, имевших место после вступления договора страхования в силу и препятствующих совершению поездки или повлекших необходимость изменения сроков пребывания в поездке, подтвержденных документами, выданными компетентными органами:

4.15.1. **В части отмены поездки** (в отношении всех типов поездок – пункт 4.14 настоящих Правил):

4.15.1.1. **«Смерть до поездки»** – вынужденная отмена поездки в связи со смертью Застрахованного лица или его близкого родственника, или лица, совершающего совместную поездку с Застрахованным лицом, произошедшая не ранее, чем за 15 календарных дней до начала поездки;

4.15.1.2. **«Внезапное острое заболевание, травма, отравление»** – вынужденная отмена поездки в связи с внезапным острым заболеванием, травмой, отравлением Застрахованного лица или его близкого родственника, или лица, совершающего совместную

поездку с Застрахованным лицом, создавших угрозу для жизни и повлекших экстренную госпитализацию, состоявшуюся и имеющую место на дату начала поездки;

4.15.1.3. **«Травма с переломом»** – вынужденная отмена поездки в связи с травмой Застрахованного лица или лица, совершающего совместную поездку с Застрахованным лицом, сопровождающейся переломом кости (костей), произошедшей до начала поездки и приведшей к необходимости лечения, но только в том случае, если есть медицинские противопоказания для осуществления запланированной поездки;

4.15.1.4. **«Травма или острое заболевание родственника»** – вынужденная отмена поездки в связи с травмой или острым заболеванием близкого родственника Застрахованного лица, произошедшими до начала поездки и приведшими к необходимости ухода на дату начала поездки за близким родственником со стороны Застрахованного лица или лица, совершающего совместную поездку с Застрахованным лицом, подтвержденными документами от медицинской организации (больничный лист по уходу, заключение врачебной комиссии);

4.15.1.5. **«Особо опасные инфекции»** – вынужденная отмена поездки в связи с заболеванием, требующим проведения мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации, согласно Постановлению Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 № 4 «Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих»; «детскими инфекциями» (корь, краснуха, ветряная оспа, скарлатина, дифтерия, коклюш, эпидемический паротит), произошедшими до начала поездки с Застрахованным лицом или его близким родственником, или лицом, совершающим совместную поездку с Застрахованным лицом, и имеющимися на дату поездки;

4.15.1.6. **«Уничтожение жилого помещения»** – вынужденная отмена поездки в связи с уничтожением жилого помещения Застрахованного лица или его повреждением, делающим его непригодным для проживания, в период действия договора страхования, но не ранее, чем за 15 (пятнадцать) дней до начала поездки в результате:

- пожара (под пожаром подразумевается возникновение огня, способного самостоятельно распространяться вне мест, специально предназначенных для его разведения и поддержания), взрыва, стихийных бедствий, падения летательных аппаратов;
- повреждения водой;
- противоправных действий третьих лиц;

4.15.1.7. **«Призыв на срочную военную службу»** – вынужденная отмена поездки в связи с призывом Застрахованного лица на срочную военную службу, на военную службу по мобилизации или на военные сборы при условии подтвержденного получения Застрахованным лицом уведомления (повестки) после вступления договора страхования в силу;

4.15.1.8. **«Судебное разбирательство»** – вынужденная отмена поездки в связи с полученным судебным актом о необходимости присутствия Застрахованного лица в связи с судебным разбирательством по ПМЖ и (или) месту нахождения суда в течение предполагаемого периода поездки, принятым после вступления договора страхования в силу (исключая случаи, когда Застрахованное лицо участвует в судебном разбирательстве в качестве эксперта или выполняя свои профессиональные обязанности);

4.15.1.9. **«Задержка по пути в аэропорт (вокзал, порт)»** – вынужденная отмена поездки в связи с задержкой Застрахованного лица по пути следования в аэропорт (вокзал, порт) для въезда на территорию страхования, произошедшей менее чем за 8 (восемь) часов до начала объявленной посадки на рейс по причине ДТП (в том числе с участием Застрахованного лица) и требующей привлечения представителей уполномоченных государственных органов, а также по причине повреждения (поломки) транспортного средства, на котором Застрахованное лицо следовало в аэропорт (вокзал, порт) для въезда на территорию страхования, устранение последствий которого потребовало привлечения представителей уполномоченных государственных органов;

4.15.1.10. **Невозможность совершить перелет / поездку:**

а) **«Отказ в посадке на рейс»** – невозможность совершить перелет / поездку в связи с отказом перевозчика в посадке на авиарейс, когда Застрахованное лицо зарегистрировалось в течение объявленного времени регистрации, но ему было отказано в посадке в результате переполненности рейса или в связи с заменой воздушного судна, осуществляющего перевозку, на иное с меньшим количеством пассажирских мест;

б) **«Пропущена пересадка на рейс»** – невозможность совершить перелет / поездку в связи с пропущенной пересадкой с одного рейса на другой, когда Застрахованное лицо опоздало на следующий подтвержденный рейс в пункте пересадки в связи с поздним прибытием предыдущего (задержанного) рейса, и в течение 4 (четырёх) часов после фактического времени прибытия предыдущего рейса Застрахованному лицу не предоставлено альтернативное средство дальнейшей перевозки (наличие и (или) количество пересадок в предоставленном перевозчиком альтернативном рейсе не более, чем в запланированном рейсе, время прибытия по предложенному альтернативному рейсу не превышает 4 (четырёх) часов от запланированного рейса);

в) **«Отказ перевозчика в перевозке»** – невозможность совершить перелет / поездку в связи с невозможностью перевозчика исполнить обязательства по перевозке до начального пункта назначения по причине неблагоприятных метеоусловий или поломки транспортного средства.

Страховщик выплачивает возмещение в размере 10 (десяти) процентов от страховой суммы за каждое событие, указанное в подпунктах «а» и «б» пункта 4.15.1.10 настоящих Правил;

4.15.2. **В части отказа или задержки выдачи визы** (только в отношении туристической поездки, включая совместную поездку по договору о реализации туристского продукта) по причине:

4.15.2.1. **«Отказа в визе»** – решения консульского учреждения об отказе в визе, принятом до начала поездки в отношении самого Застрахованного лица, выезжающих с ним супруга / супруги, их несовершеннолетних детей.

Отказ должен быть подтвержден отметкой в загранпаспорте Застрахованного лица и (или) письмом / документом на официальном бланке консульского учреждения.

Для признания произошедшего события страховым случаем необходимо, чтобы документы для оформления визы были поданы своевременно, т.е. в соответствии с порядком и с соблюдением сроков, установленных посольскими / консульскими учреждениями / уполномоченными (аккредитованными) визовыми службами / центрами, и полным пакетом документов, перечень которых доступен в открытых источниках, требуемых консульским учреждением государства предполагаемого въезда;

4.15.2.2. **«Задержки визы»** – несвоевременной выдачи консульским учреждением въездной визы (после даты начала срока страхования) Застрахованному лицу, выезжающим с ним супруге / супругу, их несовершеннолетним детям;

4.15.2.3. Страхование в части отказа или задержки в выдаче визы не распространяется на иностранных граждан и лиц без гражданства;

4.15.3. **В части изменения сроков пребывания в поездке по причине досрочного возвращения** из поездки или задержки на территории страхования и невозможности вернуться из поездки по заранее приобретенным проездным документам (в отношении всех типов поездок – пункт 4.14 настоящих Правил) в связи со следующими обстоятельствами:

4.15.3.1. **«Госпитализация в стационар»** – изменение сроков пребывания в поездке по причине досрочного возвращения в связи с внезапным расстройством здоровья, потребовавшим круглосуточного стационарного лечения Застрахованного лица, близких родственников Застрахованного лица;

4.15.3.2. **«Смерть во время поездки»** – изменение сроков пребывания в поездке по причине досрочного возвращения в связи со смертью Застрахованного лица, близких родственников Застрахованного лица;

4.15.3.3. **«ДТП»** – изменение сроков пребывания в поездке по причине досрочного возвращения в связи с задержкой Застрахованного лица по пути следования в аэропорт (вокзал, порт) для выезда с территории страхования, произошедшей менее чем за 8 (восемь) часов до начала объявленной посадки на рейс по причине ДТП (в том числе с участием Застрахованного лица) и требующей привлечения представителей уполномоченных

государственных органов, а также по причине повреждения (поломки) транспортного средства, на котором Застрахованное лицо следовало в аэропорт (вокзал, порт) для выезда с территории страхования, устранение последствий которого потребовало привлечения представителей компетентных органов;

4.15.3.4. Невозможность совершить перелет / поездку в связи со следующими обстоятельствами:

а) **«Отказ в посадке на рейс»** – отказ перевозчика в посадке на авиарейс, когда Застрахованное лицо зарегистрировалось в течение объявленного времени регистрации, но ему было отказано в посадке в результате переполненности рейса или в связи с заменой воздушного судна, осуществляющего перевозку, на иное с меньшим количеством пассажирских мест;

б) **«Пропущена пересадка на рейс»** – пропущенная пересадка с одного рейса на другой, когда Застрахованное лицо опоздало на следующий подтвержденный рейс в пункте пересадки в связи с поздним прибытием предыдущего (задержанного) рейса, и в течение 4 (четырёх) часов после фактического времени прибытия предыдущего рейса Застрахованному лицу не предоставлено альтернативное средство дальнейшей перевозки (наличие и (или) количество пересадок в предоставленном перевозчиком альтернативном рейсе не более, чем в запланированном рейсе, время прибытия по предложенному альтернативному рейсу не превышает 4 (четырёх) часов от запланированного рейса);

в) **«Отказ перевозчика в перевозке»** – невозможность перевозчика исполнить обязательства по перевозке до начального пункта назначения по причине неблагоприятных метеоусловий или поломки транспортного средства;

4.15.3.5. **«Острое заболевание или смерть родственника»** – изменение сроков пребывания в поездке по причине досрочного возвращения в связи с ситуацией вынужденного, досрочного возвращения ранее даты приобретенных проездных документов для возвращения из поездки из-за смерти близкого родственника или нахождения близкого родственника в критическом состоянии с возможностью летального исхода в стране постоянного проживания (только при условии, что транспортировка состоится в рамках срока страхования и количество застрахованных дней по договору страхования в отношении Застрахованного лица составляет более 90 (девяноста) дней). Транспортировка к ПМЖ и обратно на территорию страхования организуется и оплачивается Застрахованным лицом самостоятельно после согласования с Сервисной компанией. Возмещению подлежит стоимость билетов экономического или приравненного к нему класса;

4.15.4. **В части задержки рейса транспортного средства**, которым должно следовать Застрахованное лицо, на время, превышающее 6 (шести) часов для регулярных и чартерных рейсов, внесенных в глобальную дистрибутивную систему, по причине механических повреждений транспортного средства, сертифицированного для международных перевозок; неблагоприятных погодных условий (в отношении всех типов поездок – пункт 4.14 настоящих Правил).

Если перевозчик отказывается выдавать справку с объяснением причины задержки рейса, событие может быть признано страховым случаем при наличии справки перевозчика, подтверждающей сам факт и время задержки рейса без указания причины.

4.15.5. **В части отмены рейса транспортного средства**, которым должно следовать Застрахованное лицо, для регулярных и чартерных рейсов, внесенных в глобальную дистрибутивную систему, по причине механических повреждений транспортного средства, сертифицированного для международных перевозок; неблагоприятных погодных условий (в отношении всех типов поездок – пункт 4.14 настоящих Правил);

4.15.6. **В части отмены поездки или изменения сроков пребывания в поездке в связи с карантинными мероприятиями** по требованию властей страны / региона пребывания / проживания (только при условии включения в договор страхования особого условия «Карантин», отраженного в графе «Особые условия» договора страхования согласно пункту 4.4.12 настоящих Правил);

4.15.7. **В части переноса сроков туристической поездки** в связи со страховым случаем по основаниям, указанным в пунктах 4.15.1 – 4.15.6 настоящих Правил (в отношении всех типов поездок – пункт 4.14 настоящих Правил);

4.16. Если договором страхования не предусмотрено иное, заявленное Застрахованным лицом событие в соответствии с пунктами 4.15.1 – 4.15.7 настоящих Правил

не признается страховым случаем, если оно произошло в результате событий, указанных в разделе 5 настоящих Правил, а также в результате следующих обстоятельств:

4.16.1. Невозможности осуществления поездки по вине туроператора / турагента, авиакомпании, железнодорожного или водного перевозчика, гостиницы, работодателя, любых посредников, оказывающих услуги по организации поездки, или по причине их ликвидации, банкротства, несостоятельности, либо невыполнение или ненадлежащее выполнение ими обязательств по договору о реализации туристского продукта / договору о перевозке пассажира и багажа и пр.;

4.16.2. Несвоевременной оплаты Страхователем поездки;

4.16.3. Задержки или отмены чартерного рейса, если эти рейсы не внесены в глобальную дистрибутивную систему;

4.16.4. Снятия самолета с рейса любой гражданской авиационной службой, если об этом Застрахованному лицу было сообщено любым способом до выезда в поездку;

4.16.5. Задержки или отмены рейса / перевозки, отмены оплаченной поездки или изменения сроков пребывания в путешествии в случае, если Застрахованному лицу была предоставлена возможность без дополнительной платы воспользоваться альтернативным рейсом в течение 24 (двадцати четырех) часов с момента запланированного отправления отложенного рейса;

4.16.6. Отказа уполномоченных органов в выдаче визы (виз) Застрахованному лицу или лицу, совершающему с ним совместную поездку, при наличии хотя бы одного из следующих обстоятельств:

а) документы на оформление визы были поданы с нарушением сроков, установленных уполномоченным органом иностранного государства для оформления визы (виз), или в визе было отказано по следующим причинам: предъявлен поддельный заграничный паспорт; информация, подтверждающая цель поездки, была недостаточной, ненадежной или недостоверной; не было предъявлено достаточное количество финансовых средств; въезд в страны Шенгенского соглашения запрещен и иные аналогичные основания отказа уполномоченных органов в выдаче визы (виз) Застрахованному лицу или лицу, совершающему с ним совместную поездку, предусмотренные Регламентом Европейского Парламента и Совета Европейского союза или иными документами, устанавливающими процедуры и условия выдачи виз для предполагаемых пребываний на территории иностранных государств;

б) документы на оформление визы были поданы в представительство иностранного государства, не уполномоченного выдавать визы;

в) ранее было отказано в выдаче визы вне зависимости от даты предыдущего отказа и консульского учреждения государства, принявшего решение об этом отказе; в случае повторного отказа в выдаче визы по одной поездке с данного отказа в выдаче визы и последующих страховая выплата не осуществляется, страхование не действует;

г) привлечение к ответственности за нарушение административного, уголовного, таможенного законодательства, а также визовых правил иностранных государств;

д) нарушение порядка въезда, принятого государствами назначения поездки;

е) включение в список лиц, въезд которых запрещен властями;

ж) срок действия загранпаспорта составляет менее 2 (двух) месяцев после даты окончания поездки;

з) неправильного оформления загранпаспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), проездных документов, туристского ваучера или иных документов Застрахованного лица;

и) недостаточного количества свободных страниц паспорта, нахождения его в ветхом состоянии или в поврежденном виде;

к) документы на оформление визы были подготовлены и (или) поданы лицом, не являющимся туроператором / турагентом по совершаемой Застрахованным лицом туристической поездке;

4.16.7. Отказа в выдаче визы при отсутствии в загранпаспорте отметок пограничных служб о произведенных ранее поездках, если Застрахованное лицо выезжает впервые в поездку в другую страну, за исключением детей в возрасте до 14 (четырнадцати) лет;

4.16.8. Непредставления Застрахованным лицом при принятии на страхование по

рisku «Отмена поездки» копии загранпаспорта (-ов), закончившего (-их) свое действие, для подтверждения отсутствия отказов в визе или нарушений визового режима;

4.16.9. Наличия в загранпаспорте Застрахованного лица отметок о нарушении визового режима или выдворении (депортации);

4.16.10. Отказа уполномоченных органов в выдаче визы Застрахованному лицу, выезжающему в поездку с целью обучения, трудоустройства;

4.16.11. Невозможности осуществления поездки Застрахованным лицом или его близким родственником, или лицом, совершающим совместную поездку с Застрахованным лицом, в результате планового лечения;

4.16.12. Возникновения у Застрахованного лица или его близкого родственника, или лица, совершающего совместную поездку с Застрахованным лицом, состояния, препятствующего поездке / перевозке, связанного с:

а) состоянием беременности (как нормально, так и патологически протекающей);

б) нервным или психическим заболеванием, расстройством поведения; эпизодическим и пароксизмальным расстройством нервной системы (эпилепсия и эпилептические синдромы, припадки grand mal и petit mal, эпилептический статус, мигрени, мигренозный статус), алкоголизма, наркомании, токсикомании, судорожных состояний, неврозов (панические атаки, депрессии, истерические синдромы и т.п.);

в) венерическими заболеваниями и заболеваниями, передающимися половым путем;

г) онкологическими заболеваниями, состояниями, вызванными онкологическими заболеваниями, заболеваниями крови, а также их осложнениями и последствиями;

д) состоянием неполного выздоровления и (или) проведением курса лечения;

е) травмами, полученными в состоянии опьянения любой природы и степени тяжести и (или) в результате совершения Застрахованным лицом правонарушения;

4.16.13. Возникновения любого расстройства здоровья, связанного с оказанием стоматологической помощи;

4.16.14. Неполучения необходимой для поездки вакцинации до отъезда на территорию страхования или ее осложнениями;

4.16.15. Возникновения расходов на проезд:

а) в консульское учреждение для собеседования и иных процедур, затребованных консульским учреждением;

б) к аэропорту (ж/д вокзалу, порту), из которого должен быть совершен выезд в запланированную поездку на территорию страхования;

4.16.16. Возникновения расходов при оформлении визовых документов на оплату консульского сбора и расходов визового центра при самостоятельно организованной поездке;

4.16.17. Возникновения расходов в результате ошибок, допущенных транспортными компаниями, туроператорами / турагентами, непосредственно Застрахованным лицом (его близким родственником или лицом, совершающим совместную поездку с Застрахованным лицом), Страхователем и другими юридическими и физическими лицами, имеющими отношение к подготовке, организации и проведению поездки;

4.16.18. Наличия у Застрахованного лица законных ограничений на выезд / въезд в другую страну, о которых Застрахованное лицо знало или должно было знать на момент оформления договора страхования; отмены поездки по причине ограничения правоохранительными органами права выезда Застрахованного лица из места проживания в связи с привлечением его в качестве обвиняемого по уголовному делу (после заключения договора страхования).

4.16.19. Возникновения обстоятельств, препятствующих совершению поездки, вне сроков страхования по договору страхования;

4.16.20. Неисполнения обязательств, наложенных судом (если у Застрахованного лица не уплачены налоги, не погашен банковский кредит, квартплата, алименты и т.п.), и передачи дела на исполнение в службу судебных приставов, коллекторов;

4.16.21. Если по факту наступления события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь (Застрахованное лицо) своевременно, т.е. не позднее 2 (двух) рабочих дней после возникновения события, препятствующего осуществлению поездки, не обратился:

а) за аннуляцией договора о реализации туристского продукта к туроператору / турагенту;

б) за изменением сроков поездки по договору о реализации туристского продукта к туроператору / турагенту;

в) за аннуляцией проездных документов по самостоятельно организованной поездке в транспортную организацию;

г) за аннуляцией брони номера в гостинице / отеле по самостоятельно организованной поездке в гостиницу / отель;

д) в случае если Застрахованное лицо не обратилось в течение 2 (двух) календарных дней с заявлением об отмене поездки или о переносе ее сроков, об аннулировании проездных документов, Страховщик вправе рассчитывать страховое возмещение исходя из штрафных санкций, предусмотренных по договору о реализации туристского продукта, при обращении Застрахованного лица не позднее 2 (второго) дня после заявленного события, если не будет доказано, что у Застрахованного лица / его представителей имелись основания, препятствовавшие своевременному обращению по отмене поездки или о переносе ее сроков, по аннулировании проездных документов.

4.17. К расходам, подлежащим возмещению по риску «Отмена поездки», при условии, что произошедшее событие будет признано страховым случаем, относятся расходы Страхователя (Застрахованного лица), понесенные в связи с событиями, указанными в пункте 4.15 настоящих Правил, если иное не предусмотрено в договоре страхования, в размере фактических документально подтвержденных расходов:

4.17.1. Предусмотренных договором о реализации туристского продукта, а именно расходов:

4.17.1.1. Указанных в договоре о реализации туристского продукта и оплаченных Застрахованным лицом (указанный перечень является исчерпывающим):

- на оплату проживания в гостинице / отеле;
- на приобретение проездных документов;
- на оплату трансфера;
- за экскурсионное обслуживание;
- за консульский сбор при оформлении визовых документов согласно тарифам,

установленным соответствующим консульством;

- за комиссионное вознаграждение реализатора туристского продукта;

4.17.1.2. Подтвержденных документами при изменении сроков пребывания в поездке, вызванном причиной, предусмотренной в пункте 4.15.3 настоящих Правил.

При этом возмещаются расходы:

а) на приобретение проездных билетов в экономическом или приравненном к нему классе, включая расходы на их переоформление, и в размере, не превышающем стоимость неиспользованных проездных документов, при условии, что первоначальный билет не подлежит замене.

Страхователь (Застрахованное лицо) обязан принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры, чтобы уменьшить возможные убытки, в том числе вернуть (сдать) неиспользованные проездные документы и возместить их стоимость или обменять на проездные документы для возвращения в соответствии с туристской путевкой. При этом Страховщик оплачивает разницу между новыми проездными документами и неиспользованными.

При несоблюдении данного условия Страховщик вправе вычесть из суммы возмещения расходов Страхователя (Застрахованного лица) стоимость неиспользованных проездных документов;

б) за проживание в гостинице / отеле за неиспользованную часть срока пребывания в поездке.

4.17.1.3. Подтвержденных документами при переносе сроков туристической поездки в связи со страховым случаем по основаниям, указанным в пунктах 4.15.1 – 4.15.6 настоящих Правил. При этом возмещаются расходы на доплату стоимости ранее оплаченной туристической поездки в соответствии с договором о реализации туристского продукта;

4.17.1.4. Связанных с задержкой рейса транспортного средства, которым должно следовать Застрахованное лицо, более чем на 6 (шесть) часов, но не более чем на 12 (двенадцать) последующих часов (если иной временной промежуток не предусмотрен в договоре страхования), и не более страховой суммы, установленной договором страхования в части задержки рейса.

Страховщик выплачивает возмещение по каждому страховому случаю в размере:

- 3 (трех) процентов от страховой суммы за каждый час задержки рейса с 6 по 9 час задержки;
- 6 (шести) процентов от страховой суммы за каждый час задержки рейса с 10 по 12 час задержки;

4.17.1.5. Связанных с отменой рейса транспортного средства, которым должно следовать Застрахованное лицо, при условии представления подтверждающих документов, выданных перевозчиком, его представителем, подтверждающих такую отмену рейса. Застрахованное лицо также должно представить справку от туроператора о невозвратности билетов.

Страховщик выплачивает возмещение по каждому страховому случаю в размере 15 (пятнадцати) процентов от страховой суммы;

4.17.1.6. В случае если задержка рейса длительностью более 6 (шести) часов заканчивается отменой рейса, страховое возмещение выплачивается только по одному из событий: «задержка рейса» или «отмена рейса» в зависимости от того, по какому из указанных событий страховое возмещение составит большую сумму;

4.17.1.7. Если договор страхования заключен не в отношении всех участников тура, то Страховщик возмещает расходы пропорционально доле каждого Застрахованного лица участника тура относительно всех участников по договору о реализации туристского продукта;

4.17.1.8. На оплату стоимости туристских услуг в части суммы расходов на организацию поездки Застрахованного лица, удержанной (невозвращенной) туристской или иной организацией, с учетом общей стоимости туристских услуг, если они были оформлены одним документом; при этом возмещению подлежит комиссионное вознаграждение (разница между суммой, оплаченной Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем), и нетто-стоимостью туристских услуг, указанных туроператором в договоре о реализации туристского продукта) в размере не более 3 (трех) процентов (с учетом НДС) от нетто-стоимости туристских услуг, согласно калькуляции, представленной туроператором, в расчете на один договор о реализации туристского продукта. Расходы, указанные в настоящем пункте Правил, оплачиваются только в случае представления турагентом / туроператором подтверждения назначения этих расходов;

4.17.1.9. Подтвержденных документами при отмене поездки или при изменении сроков пребывания в поездке в связи с карантинными мероприятиями (предусмотрено в пункте 4.15.6 настоящих Правил при условии включения в договор страхования особого условия «Карантин», отраженного в графе «Особые условия» договора страхования согласно пункту 4.4.12 настоящих Правил), если иное не предусмотрено в договоре страхования:

а) за проживание в гостинице / отеле / карантинной комнате в размере не более страховой суммы, указанной в договоре страхования;

б) на приобретение проездных билетов в экономическом или приравненном к нему классе, включая расходы на их переоформление, и в размере, не превышающем стоимость неиспользованных проездных документов, при условии, что первоначальный билет не подлежит замене;

в) в размере фактических документально подтвержденных расходов, предусмотренных договором о реализации туристского продукта, но не более страховой суммы, указанной в договоре страхования.

4.17.2. Предусмотренных по самостоятельно организованной поездке, а именно следующие расходы, оплаченные как наличным путем, так и безналичным путем по банковской карте:

— на приобретение проездных документов, оформленных на имя Застрахованного лица и (или)

— на оплату проживания в гостинице;

— на доплату за обмен равнозначных проездных документов при переносе сроков поездки и (или)

— на доплату за проживание в гостинице при переносе сроков поездки не более чем на равнозначный срок;

— предусмотренные при включении особого условия «Карантин», отраженного в графе «Особые условия» договора страхования согласно пункту 4.4.12 настоящих Правил:

а) за проживание в гостинице / отеле / карантинной комнате в размере не более страховой суммы, указанной в договоре страхования;

б) на приобретение проездных билетов в экономическом или приравненном к нему классе, включая расходы на их переоформление, и в размере, не превышающем стоимость неиспользованных проездных документов, при условии, что первоначальный билет не подлежит замене;

в) в размере фактических документально подтвержденных расходов, но не более страховой суммы, указанной в договоре страхования.

4.18. Размер понесенных Застрахованным лицом расходов устанавливается при предъявлении соответствующих законодательству Российской Федерации оригиналов документов из турагентства (от туроператора) либо иной организации, из транспортной организации, консульства (визового центра), подтверждающих реально понесенные Застрахованным лицом расходы, состав туристского продукта по договору о реализации туристского продукта, перечень услуг, выписки со счета банковской карты или документы, подтверждающие наличную оплату, об оплате услуг по покупке /обмену проездных документов и оплаты проживания в гостинице.

4.19. Ответственность Страховщика по риску «Отмена поездки», если иное прямо не указано в договоре страхования, распространяется на расходы, понесенные не ранее, чем за 5 (пять) рабочих дней до даты заключения договора страхования включительно, в связи с оплатой:

а) туристической поездки по договору о реализации туристского продукта при единовременной оплате;

б) первого взноса за туристическую поездку по договору о реализации туристского продукта при оплате в рассрочку. При этом в страховое возмещение включаются и последующие взносы при оплате в рассрочку только при условии, что первый взнос был оплачен не ранее, чем за 5 (пять) рабочих дней до даты заключения договора страхования, на страховую сумму, равную полной стоимости туристической поездки в соответствии с договором о реализации туристского продукта;

в) проездных документов при самостоятельно организованной поездке;

г) проживания в гостинице при самостоятельно организованной поездке;

д) проездных документов и оплаты проживания в гостинице, если они куплены одной датой при самостоятельно организованной поездке.

4.20. Если в договор о реализации туристского продукта, оформленный турагентом или туроператором, вносится один дополнительный участник туристической поездки, то заключение договора страхования по риску «Отмена поездки» на данное лицо возможно только при условии бронирования его туристической поездки в том же календарном месяце, в котором был заключен договор о реализации туристского продукта.

4.21. В договоре страхования стороны могут предусмотреть, что исключения из страхования по риску «Отмена поездки», указанные в пунктах 4.16.6 – 4.16.8, 4.16.12, 4.16.14, 4.16.18, 4.16.20, 4.16.21 настоящих Правил, включаются в страховое покрытие (Страховщик по указанным обстоятельствам производит выплату страхового возмещения), при этом в договоре страхования в графе «Особые условия» указываются подпункты, включенные в страховое покрытие.

4.22. Программа страхования по риску «Отмена поездки» указывается в Полисных условиях к конкретному договору страхования.

На основании и в соответствии с настоящими Правилами могут быть разработаны различные программы страхования по риску «Отмена поездки».

4.В. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И РАСХОДЫ, ВОЗМЕЩАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ, ПО РИСКУ «НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ»

4.23. В целях настоящих Правил под **несчастливым случаем** понимается фактически произошедшее в период действия договора страхования, независимо от воли Застрахованного лица, внезапное, кратковременное, непредвиденное, внешнее по отношению к Застрахованному лицу событие, характер, время и место которого могут быть однозначно определены, повлекшее за собой нарушение здоровья, трудоспособности или смерть Застрахованного лица и не являющееся следствием заболевания или медицинских

манипуляций (за исключением неправильных), произошедшее в указанный в договоре страхования срок страхования и в пределах территории страхования.

К последствиям несчастного случая относятся:

а) травмы (травматические повреждения), полученные вследствие воздействия внешних факторов: стихийного явления природы, удара молнии, взрыва, воздействия высоких температур (термические ожоги, кроме солнечных, солнечный и (или) тепловой удар) и (или) низких температур (обморожения), действия электрического тока, движения средств транспорта (крушении, аварии), использования различных механизмов, всякого рода инструментов и орудий производства, оружия, противоправных действий третьих лиц (в том числе террористические акты), падения какого-либо предмета на Застрахованное лицо или падение самого Застрахованного лица;

б) внезапное удушение, случайное попадание в дыхательные пути инородного тела;

в) случайное острое отравление химическими веществами и ядами биологического происхождения (включая токсин, вызывающий ботулизм);

г) утопление, анафилактический шок;

д) неправильно проведенные медицинские манипуляции, подтвержденные судебно-медицинской экспертизой и решением суда.

Под **случайным острым отравлением** понимается нарушение физиологических функций органов и тканей, вызванное одномоментным или кратковременным воздействием случайно поступившего из внешней среды внутрь организма химического вещества, обладающего токсическими (отравляющими) свойствами, предусмотренное Таблицей размеров страховых выплат по риску «Несчастный случай» (Приложение № 1 к настоящим Правилам) и произошедшее в результате несчастного случая в течение срока страхования (периода действия страховой защиты) по договору страхования. Инфекционные болезни, в том числе сопровождающиеся интоксикацией (сальмонеллез, дизентерия и др.), к случайным острым отравлениям не относятся.

Не являются несчастным случаем остро возникшие или хронические заболевания и их осложнения (как ранее диагностированные, так и впервые выявленные), в том числе спровоцированные воздействием внешних факторов, в частности, инфаркт миокарда, инсульт, аневризмы, опухоли, функциональная недостаточность органов, врожденные аномалии органов.

4.24. Страховыми случаями по риску «Несчастный случай» являются следующие события:

4.24.1. **«Травма»** – телесные повреждения (травматическое повреждение или случайное острое отравление), полученные Застрахованным лицом в результате несчастного случая, произошедшего в период действия договора страхования, и предусмотренные Таблицей размеров страховых выплат по риску «Несчастный случай» (Приложение № 1 к настоящим Правилам);

4.24.2. **«Инвалидность I, II, III группы или категория «ребенок-инвалид»** – первично установленная / установленная по переосвидетельствованию Застрахованному лицу (установление более тяжелой группы инвалидности, чем группа, установленная Застрахованному лицу до начала периода страхования) в результате несчастного случая, произошедшего на территории страхования:

4.24.2.1. **«Инвалидность I группы»** – первичное или по переосвидетельствованию установление Застрахованному лицу инвалидности I группы или категории «ребенок-инвалид» до достижения возраста 14 лет либо 18 лет в результате несчастного случая, произошедшего на территории страхования.

4.24.2.2. **«Инвалидность II группы»** – первичное или по переосвидетельствованию установление Застрахованному лицу инвалидности II группы или категории «ребенок-инвалид» сроком 2 (два) года в результате несчастного случая, произошедшего на территории страхования.

4.24.2.3. **«Инвалидность III группы»** – первичное или по переосвидетельствованию установление Застрахованному лицу инвалидности III группы или категории «ребенок-инвалид» сроком на 1 (один) год в результате несчастного случая, произошедшего на территории страхования.

При этом инвалидность Застрахованному лицу должна быть установлена в период, не

превышающий 12 (двенадцати) месяцев с даты наступления события (несчастного случая), указанного в пункте 4.23 настоящих Правил и послужившего причиной инвалидности;

4.24.3. **«Смерть»** – смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая, произошедшего на территории страхования, при условии, что смерть Застрахованного лица наступила в период, не превышающий 6 (шести) месяцев с даты наступления события (несчастного случая), указанного в пункте 4.23 настоящих Правил, и послужившего причиной смерти;

4.24.4. **«Временная нетрудоспособность»** – временная неспособность Застрахованного лица исполнять трудовые обязанности, подтвержденная листком нетрудоспособности, выданным лечащим врачом или врачебной комиссией (листок нетрудоспособности выдается в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в редакции, действующей на дату выдачи, в виде документа на бумажном носителе по форме, установленной данным Федеральным законом) в результате последствий несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом на территории страхования в период страхования, только для работающих граждан.

4.25. Если договором страхования не предусмотрено иное, заявленное Застрахованным лицом событие в соответствии с пунктами 4.24.1 – 4.24.4 настоящих Правил не признается страховым случаем, если оно произошло в результате событий, указанных в разделе 5 настоящих Правил, а также в результате следующих обстоятельств:

4.25.1. Отравления Застрахованного лица спиртосодержащими и (или) наркотическими, и (или) психотропными, и (или) сильнодействующими, и (или) токсическими веществами, если компетентными органами не установлен факт их насильственного введения либо употребления по предписанию врача;

4.25.2. Травмы Застрахованного лица, имевшей место до начала ответственности Страховщика по договору страхования, а также ее последствиями;

4.25.3. Травмы, полученной при судорожных припадках, в том числе при заболевании эпилепсией.

4.26. Страхование по риску «Несчастный случай» в части страхового риска «Инвалидность I, II, III группы или категория «ребенок-инвалид», не осуществляется в отношении граждан иностранных государств или лиц без гражданства, временно пребывающих в Россию, а также не имеющих вида на жительство, разрешения на временное проживание, постоянную / временную регистрацию на территории Российской Федерации, статус беженца.

4.27. Признание Страховщиком произошедшего события страховым и выплата страхового возмещения по любому иному риску, предусмотренному настоящими Правилами (в том числе по риску «Медицинская и экстренная помощь»), не является (автоматическим) признанием его страховым по риску «Несчастный случай».

4.28. В договоре страхования стороны могут предусмотреть, что исключения из страхования, указанные в пунктах 4.25.2, 4.25.4 настоящих Правил, включаются в страховое покрытие (Страховщик по указанным обстоятельствам производит выплату страхового возмещения), при этом в договоре страхования в графе «Особые условия» указываются подпункты, включенные в страховое покрытие.

4.29. Программа страхования по риску «Несчастный случай» указывается в Полисных условиях к конкретному договору страхования.

4.30. На основании и в соответствии с настоящими Правилами могут быть разработаны различные программы страхования по риску «Несчастный случай».

4.Г. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И РАСХОДЫ, ВОЗМЕЩАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ, ПО РИСКУ «БАГАЖ»

4.31. В целях настоящих Правил по риску «Багаж», если иное не предусмотрено договором страхования, под **багажом** (багажным местом) понимается одно неделимое место хранения – чемодан / дорожная сумка / рюкзак и его содержимое – зарегистрированное на имя Застрахованного лица, официально переданное перевозчику с обязательным оформлением багажной бирки на каждый сдаваемый к перевозке багаж (багажное место).

4.32. Страховым случаем по риску «Багаж» является:

4.32.1. **«Полная утрата (гибель) багажа»** – полная утрата (гибель) багажа, официально переданного перевозчику на период следования Застрахованного лица на территорию страхования и обратно, подтвержденная документально и наступившая в результате:

- стихийного бедствия (факт которого подтвержден местными компетентными органами или опубликован на официальных сайтах компетентных органов);
- пожара, включая воздействие водой (пенной) и другими средствами, использованными при пожаротушении, удара молнии, взрыва;
- хищения багажа; пропажи / утраты багажа;
- крушения, столкновения, опрокидывания и иной аварии с транспортным средством, на котором перевозился багаж;

4.32.2. **«Задержка багажа»** – возникновение необходимых и неотложных расходов Застрахованного лица на приобретение предметов первой необходимости из-за задержки багажа, официально переданного перевозчику на период следования Застрахованного лица на территорию страхования и обратно. Возмещению подлежат расходы, произведенные только на территории страхования, в случае, если багаж задерживается с доставкой или направлен в иное место на срок, превышающий временную франшизу, предусмотренную в договоре страхования в графе «Франшиза». В случае если договором страхования не установлен размер временной франшизы, то он принимается равным 48 (сорока восьми) часам.

Для целей настоящих Правил по тексту под предметами первой необходимости понимаются: предметы, удовлетворяющие санитарно-гигиеническим неотложным потребностям Застрахованного лица, специализированное питание (в т.ч. детское), лекарственные средства, необходимые и назначенные по медицинским показаниям для регулярного применения лицами, страдающими хроническими заболеваниями.

4.33. Если договором страхования не предусмотрено иное, заявленное Застрахованным лицом событие в соответствии с пунктами 4.32.1 – 4.32.2 настоящих Правил не признается страховым случаем, если оно произошло в результате событий, указанных в разделе 5 настоящих Правил, а также в результате следующих обстоятельств:

4.33.1. Утраты (гибели) багажа, следующего вместе с Застрахованным лицом в качестве ручной клади, а также багажа, переданного перевозчику, без оформления последним соответствующих перевозочных документов;

4.33.2. Утраты (гибели) багажа, в составе которого находились взрывоопасные, ядовитые и (или) едкие вещества;

4.33.3. Утраты полезных свойств предметами багажа вследствие естественных свойств перевозимых в багаже материалов, веществ и предметов (включая, но не ограничиваясь: износ, ржавчину, плесень, обесцвечивание), особых свойств или естественных качеств застрахованного багажа, обычным износом, естественным ухудшением качества, плесенью;

4.33.4. Частичной утраты (гибели) багажа, отдельных предметов из багажа;

4.33.5. Неисполнения или ненадлежащего исполнения Застрахованным лицом своих обязательств, связанных с перевозкой и хранением багажа, в том числе по оплате, условиям упаковки и своевременному получению багажа;

4.33.6. Ненадлежащей (согласно нормам действующего законодательства Российской Федерации) упаковки предметов багажа;

4.33.7. Утраты (гибели) багажа, связанной с волнами давления, вызванными самолетом или иными воздушными средствами, движущимися со звуковой или сверхзвуковой скоростью; связанной с атмосферными осадками (дождь, снег и т.п.);

4.33.8. Конфискации багажа какой-либо государственной службой;

4.33.9. Утраты (гибели) багажа, которая была полностью возмещена на основании договора страхования другой Страховой организации, по договору страхования ответственности перевозчика, другими третьими лицами (в том числе виновником утраты багажа);

4.33.10. Перевозки багажа, посланного отдельно (КАРГО) или почтовым отправлением;

4.33.11. Приобретения питания (за исключением специализированного, в т.ч. детского) и напитков в случае задержки багажа.

4.34. По риску «Багаж», если иное не предусмотрено договором страхования, подлежат возмещению в пределах страховых сумм и лимитов ответственности, предусмотренных договором страхования:

4.34.1. Убытки Страхователя (Застрахованного лица) вызванные уничтожением или утратой багажа, официально переданного перевозчику;

4.34.2. Расходы Страхователя (Застрахованного лица) на приобретение предметов первой необходимости, вызванные задержкой багажа Застрахованного лица во время застрахованной поездки на срок свыше франшизы и в пределах страховой суммы, указанной в договоре страхования.

4.35. В договоре страхования стороны могут предусмотреть, что исключения из страхования, указанные в пунктах 4.33.1 – 4.33.10 настоящих Правил, включаются в страховое покрытие, Страховщик по указанным обстоятельствам производит выплату страхового возмещения, при этом в договоре страхования в графе «Особые условия» указываются подпункты, включенные в страховое покрытие.

4.36. Программа страхования по риску «Багаж» указывается в Полисных условиях к конкретному договору страхования.

4.37. На основании и в соответствии с настоящими Правилами могут быть разработаны различные программы страхования по риску «Багаж».

4.Д. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И РАСХОДЫ, ВОЗМЕЩАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ, ПО РИСКУ «ГРАЖДАНСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ»

4.38. По риску «Гражданская ответственность» считается застрахованной ответственность Страхователя и (или) Застрахованного лица, указанных в договоре страхования.

4.39. Страховым случаем по риску «Гражданская ответственность», если договором страхования не предусмотрено иное, является наступление гражданской ответственности Застрахованного лица за причинение вреда жизни, здоровью и (или) имуществу третьих лиц, подтвержденное вступившим в законную силу судебным решением о признании Застрахованного лица виновным в причинении вреда (ущерба) или признанной Застрахованным лицом с письменного согласия Страховщика имущественной претензией (требованием) третьих лиц о возмещении вреда.

Страхование по риску «Гражданская ответственность» распространяется исключительно на страховые случаи, наступившие в течение срока действия договора страхования на территории страхования. Если страховой случай, имевший место в течение срока действия договора страхования, наступил по причинам, имевшим место или начавшим действовать еще до даты начала страхования, страховое возмещение подлежит выплате лишь в том случае, если Страхователю ничего не было известно и ничего не должно было быть известно о причинах, приведших к наступлению этого страхового случая.

4.40. Если договором страхования не предусмотрено иное, заявленное Застрахованным лицом событие в соответствии с пунктом 4.39 настоящих Правил не признается страховым случаем, если оно произошло в результате событий, указанных в разделе 5 настоящих Правил, а также в результате следующих обстоятельств:

4.40.1. Признания ответственности, предложения или обещания оплаты, совершенного Застрахованным лицом без предварительного согласия Страховщика;

4.40.2. Возникновения ответственности, наступившей в результате владения / использования любых транспортных средств (включая перевозки и транспортировку);

4.40.3. Возникновения ответственности, наступившей в результате использования имущества, находящегося во временном владении, распоряжении, пользовании у Застрахованного лица (в том числе аренда (прокат, лизинг), залог, ответственное хранение);

4.40.4. Возникновения ответственности, наступившей вследствие любого умышленного действия (бездействия) Застрахованного лица, направленного на наступление страхового случая. К умышленному причинению вреда при этом приравниваются совершение действия или бездействие, при которых возможное наступление убытка ожидается с достаточно большой вероятностью и сознательно допускается лицом, ответственным за такие действия;

4.40.5. Возникновения ответственности, наступившей вследствие любой профессиональной деятельности Застрахованного лица;

4.40.6. Возникновения ответственности близких родственников Застрахованного лица;

4.40.7. Возникновения ответственности, вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения Застрахованным лицом обязанностей, предусмотренных по любым соглашениям или сделкам;

4.40.8. Возникновения ответственности, являющейся следствием уголовного преследования по законам страны территории страхования;

4.40.9. Возникновения ответственности за несчастный случай, телесное повреждение, смерть или болезнь лица, являющегося сотрудником или близким родственником Застрахованного лица, или лица, с которым Застрахованное лицо осуществляет совместную поездку в соответствии с пунктом 4.13.3 настоящих Правил;

4.40.10. Возникновения ответственности за потерю или порчу имущества, принадлежащего или находящегося под контролем Застрахованного лица / его близкого родственника или любого лица из его сотрудников, с которым Застрахованное лицо осуществляет совместную поездку (кроме потери или порчи имущества, находящегося в помещении, временно занимаемом на время поездки, но не принадлежащем Застрахованному лицу);

4.40.11. Возникновения ответственности за заражение любыми болезнями и вирусами;

4.40.12. Возникновения ответственности за вред, возникший вследствие постоянного, регулярного или длительного термического влияния или воздействия газов, паров, лучей, жидкостей, влаги или любых, в том числе и неатмосферных осадков (сажа, копоть, дымы, пыль и т.д.);

4.40.13. Требования о возмещении вреда, связанного с нарушением авторских прав, прав на открытие, изобретение или промышленный образец, либо аналогичных им прав, включая недозволенное использование зарегистрированных торговых, фирменных или товарных знаков, символов и наименований;

4.40.14. Предъявления иска о компенсации морального вреда, о защите чести, достоинства и деловой репутации;

4.40.15. Возмещения расходов, которые в соответствии с вступившим в силу решением суда Застрахованное лицо обязано понести в счет компенсации морального вреда и (или) упущенной выгоды, причиненных им третьим лицам;

4.40.16. Возмещения расходов, которые были произведены в целях защиты интересов Застрахованного лица без согласования со Страховщиком;

4.40.17. Возмещения расходов в случае получения Застрахованным лицом возмещения вреда жизни, здоровью и (или) имуществу третьих лиц от других лиц, в том числе Страховых организаций и виновных лиц.

4.41. По риску «Гражданская ответственность» подлежат возмещению следующие необходимые и документально подтвержденные расходы, непосредственно связанные со страховым случаем:

4.41.1. Расходы, которые Застрахованное лицо обязано понести в счет возмещения реального ущерба, причиненного им третьим лицам.

Под реальным ущербом понимаются расходы, которые лицо, чье право нарушено, произвело или должно будет произвести для восстановления нарушенного права на утраченное и (или) поврежденное имущество, а также расходы на покрытие вреда, причиненного его жизни и здоровью, а именно:

4.41.1.1. Прямой реальный ущерб, причиненный третьему лицу, в результате повреждения (уничтожения), гибели имущества, принадлежащего третьему лицу на правах собственности (или на основе законного документально подтвержденного обязательственного правоотношения), в пределах действительной стоимости имущества или стоимости его восстановления (ремонта);

4.41.1.2. Реальный ущерб вследствие причинения вреда жизни и здоровью физических лиц, определенного по законам территории страхования (места причинения вреда);

4.41.2. Необходимые и целесообразные расходы по спасению жизни и имущества

лиц, здоровью которых в результате страхового случая причинен вред, а также по уменьшению вреда и ущерба, причиненных страховым случаем;

4.41.3. Если это предусмотрено в договоре страхования:

а) целесообразные расходы по предварительному выяснению обстоятельств наступления страхового случая и степени виновности Застрахованного лица;

б) расходы по ведению в судебных органах дел по предполагаемым случаям причинения вреда.

4.42. В договоре страхования стороны могут предусмотреть, что исключения из страхования, указанные в пунктах 4.40.2, 4.40.3, 4.40.5, 4.40.14 настоящих Правил, включаются в страховое покрытие, Страховщик по указанным обстоятельствам производит выплату страхового возмещения, при этом в договоре страхования в графе «Особые условия» указываются подпункты, включенные в страховое покрытие.

4.43. Программа страхования по риску «Гражданская ответственность» указывается в Полисных условиях к конкретному договору страхования.

4.44. На основании и в соответствии с настоящими Правилами могут быть разработаны различные программы страхования по риску «Гражданская ответственность».

5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ. СОБЫТИЯ, НЕ ЯВЛЯЮЩИЕСЯ СТРАХОВЫМИ СЛУЧАЯМИ

5.1. Общие исключения из страхового покрытия.

По договорам страхования, заключенным в соответствии с настоящими Правилами, с любым набором рисков, не являются страховыми случаями любые события, произошедшие вследствие следующих обстоятельств, если иное прямо не оговорено в договоре страхования:

5.1.1. Причинения (намеренного и осознанного) Застрахованным лицом вреда своему здоровью, суицидальные попытки и иные умышленные действия Застрахованного лица, направленные на наступление страхового случая, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что должно быть подтверждено соответствующими документами правоохранительных или судебных органов;

5.1.2. Совершения Застрахованным лицом действий, подвергающих его жизнь и здоровье неоправданному / повышенному риску, за исключением случаев спасения жизни другому лицу, что должно быть подтверждено документами соответствующих компетентных органов (МЧС, МВД и т.п.); пренебрежения правилами техники безопасности;

5.1.3. Воздействия ядерного взрыва, радиации, радиоактивного или иного вида заражения;

5.1.4. Войны, интервенции, военных действий и их последствий, вооруженных столкновений, иных аналогичных или приравняемых к ним событий (независимо от того, была ли объявлена война), гражданской войны, мятежа, путча, иных гражданских волнений, предполагающих перерастание в гражданское либо военное восстание, бунта, вооруженного или иного незаконного захвата власти, забастовок, массовых беспорядков;

5.1.5. Акта терроризма и его последствий, за исключением договоров страхования, предусматривающих особое условие «Террористический акт», отраженное в графе «Особые условия» договора страхования согласно пункту 4.4.9 настоящих Правил;

5.1.6. Метеоусловий, за исключением договоров страхования с риском «Отмена поездки» и программ страхования, включающих задержку или отмену рейса; любых видов чрезвычайных ситуаций (катастроф и т.п.) и других обстоятельств непреодолимой силы; эпидемии (за исключением пандемии, если иное не предусмотрено договором страхования); карантина / обсервации, если о карантинных мероприятиях Страхователю было или должно было быть известно до заключения договора страхования и (или) оплаты поездки.

В целях настоящих Правил по тексту под эпидемией понимается массовая вспышка инфекционного заболевания на определенной территории, сопровождаемая следующими обстоятельствами: число заболевших значительно превышает обычно регистрируемый на данной территории уровень заболеваемости; болезнь представляет собой непосредственную угрозу жизни граждан; Всемирная организация здравоохранения (далее по тексту – ВОЗ) объявляет о начале эпидемии на данной территории; уполномоченным органом власти

Российской Федерации может быть введено чрезвычайное положение в очаге эпидемии (статья 3 Федерального конституционного закона от 30.05.2001 № 3-ФКЗ «О чрезвычайном положении»).

В целях настоящих Правил по тексту под пандемией согласно критериям ВОЗ понимается распространение заболевания в мировых масштабах, о котором ВОЗ объявляет как о пандемии.

5.1.7. Стихийных бедствий и их последствий, за исключением договоров страхования с особым условием «Стихийные бедствия», отраженным в графе «Особые условия» договора страхования согласно пункту 4.4.10 настоящих Правил, а также договоров страхования с риском «Багаж» и (или) «Несчастный случай»;

5.1.8. Нахождения Застрахованного лица под воздействием наркотических или других одурманивающих веществ (в том числе совершение Застрахованным лицом правонарушения, ДТП, произошедшего при управлении Застрахованным лицом любым транспортным средством);

5.1.9. Нахождения Застрахованного лица в алкогольном опьянении, за исключением договоров страхования с особым условием «Алкогольное опьянение», отраженным в графе «Особые условия» договора страхования согласно пункту 4.4.8 настоящих Правил. Не является страховым случаем событие, произошедшее при управлении Застрахованным лицом любым транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения, вне зависимости от того, включено ли в договор страхования особое условие «Алкогольное опьянение»;

5.1.10. Управления Застрахованным лицом транспортным средством без законного основания на его управление, включая отсутствие прав на управление транспортным средством соответствующей категории;

5.1.11. Полета Застрахованного лица на любом виде летательного аппарата (безмоторных, моторных планерах, парапланах, сверхлегких аппаратах и т.д.), управления им, кроме случаев полета в качестве пассажира на самолете гражданской авиации обычного или чартерного рейса, управляемом профессиональным пилотом;

5.1.12. Службы Застрахованного лица в вооруженных силах любого государства и любых формированиях;

5.1.13. Занятий Застрахованного лица любыми видами трудовой деятельности и профессиональных работ, в том числе, но не ограничиваясь, выполнения любых работ, увеличивающих вероятность наступления страхового случая, как в качестве профессиональной, так и непрофессиональной деятельности: водителя транспортного средства, шахтера, электромонтажника, горняка, летчика, выполнения подрывных, строительных и сельскохозяйственных работ, работ на высоте, с движущимися механизмами или электроприборами, за исключением договоров страхования с особым условием «Профессия», отраженным в графе «Особые условия» договора страхования согласно пункту 4.4.3 настоящих Правил;

5.1.14. Занятий Застрахованного лица спортом, участия в тренировках, в соревнованиях спортсменов на профессиональном или любительском уровне, а также активного проведения отдыха, за исключением договоров страхования с особыми условиями «Спорт» или «Активный отдых», отраженными в графе «Особые условия» договора страхования согласно пунктам 4.4.1, 4.4.2 настоящих Правил;

5.1.15. Занятий скалолазанием, альпинизмом, ледолазанием, хели-ски, парапланеризмом, парасейлингом вне зависимости от того, включает ли договор страхования особое условие «Спорт» или «Активный отдых», отраженное в графе «Особые условия» договора страхования согласно пунктам 4.4.1 или 4.4.2 настоящих Правил;

5.1.16. Поездок на водном мотоцикле, мопеде, мотороллере, мотобайке, мотовездеходе, скутере, квадроцикле, снегоходе, сегвее; при участии в картинге, рафтинге, вне зависимости от того, было ли Застрахованное лицо водителем или пассажиром, а также иных видов отдыха, указанных в пункте 4.4.2 настоящих Правил, за исключением договоров страхования с особыми условиями «Спорт» или «Активный отдых», отраженными в графе «Особые условия» договора страхования согласно пунктам 4.4.1, 4.4.2 настоящих Правил;

5.1.17. Совершения противоправных действий.

5.2. Дополнительные исключения из страхового покрытия по отдельным рискам изложены в соответствующих частях 4.А, 4.Б, 4.В, 4.Г, 4.Д раздела 4 настоящих Правил:

- 5.2.1. По риску «Медицинская и экстренная помощь» – в пункте 4.8 настоящих Правил;
- 5.2.2. По риску «Отмена поездки» – в пункте 4.16 настоящих Правил;
- 5.2.3. По риску «Несчастный случай» – в пункте 4.25 настоящих Правил;
- 5.2.4. По риску «Багаж» – в пункте 4.33 настоящих Правил;
- 5.2.5. По риску «Гражданская ответственность» – в пункте 4.40 настоящих Правил.

6. СТРАХОВАЯ СУММА. ЛИМИТ ВОЗМЕЩЕНИЯ СТРАХОВЩИКА. ЛИМИТЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

6.1. Страховая сумма (пункт 1.5.28 настоящих Правил) по договору страхования устанавливается по соглашению Страховщика и Страхователя по каждому объекту страхования в отдельности.

6.2. По договору коллективного страхования страховые суммы для каждого Застрахованного лица (индивидуальные страховые суммы) указываются в договоре страхования или в списке Застрахованных лиц, приложенном к договору страхования.

6.3. Страховые суммы в договорах страхования, заключенных в соответствии с настоящими Правилами, могут быть установлены в российских рублях или в любой иностранной валюте в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

6.4. По соглашению сторон в договоре страхования могут быть указаны страховые суммы в рублевом эквиваленте определенной суммы в иностранной валюте (в дальнейшем – «страхование в валютном эквиваленте»).

6.5. В случае если страховая сумма установлена в валютном эквиваленте, и договором страхования прямо не предусмотрено иное, при определении страховой суммы в российских рублях применяется курс соответствующей валюты, установленный Центральным банком Российской Федерации на дату уплаты страховой премии или ее первого страхового взноса наличными денежными средствами или на дату перечисления страховой премии или ее первого страхового взноса по безналичному расчету.

6.6. **Лимитом возмещения Страховщика** является установленный в договоре страхования предельный размер страховой выплаты, при достижении которого договор страхования (полностью либо в соответствующей части) прекращает свое действие, если действие договора страхования не прекратилось ранее по иным обстоятельствам, предусмотренным законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами и (или) договором страхования.

6.7. Договором страхования могут быть предусмотрены следующие виды лимитов возмещения Страховщика:

6.7.1. Агрегатный лимит возмещения (далее также – «агрегатная страховая сумма») – условие страхования, при котором страховая сумма является предельным совокупным лимитом возмещения Страховщика по всем страховым случаям, произошедшим в период действия страховой защиты.

Договор страхования с агрегатным лимитом возмещения Страховщика считается исполненным и прекращает свое действие по риску с момента, когда суммарный размер всех произведенных Страховщиком страховых выплат по риску достигает размера, эквивалентного размеру страховой суммы, установленной по этому риску.

6.7.2. Лимит возмещения Страховщика «по первому (иное количество) страховому случаю» – условие договора страхования, при котором страховая сумма является лимитом возмещения Страховщика по одному (иному оговоренному количеству) страховому случаю (страховым случаям) за весь период действия страховой защиты. Действие договора страхования прекращается после наступления первого (последнего) страхового случая¹.

¹ Действие договора страхования прекращается со следующей минуты, наступившей после застрахованного события (например, если страховое событие имело место в 10 часов 25 минут, то действие договора страхования заканчивается в 10 часов 26 минут). При этом Страховщик продолжает нести обязательство по страховой выплате в отношении случая, наступившего в период его действия (в 10 часов 25 минут), а страховая премия считается полностью заработанной Страховщиком и не подлежит возврату.

6.7.3. Неагрегатный лимит возмещения (далее также – «неагрегатная страховая сумма») – условие договора страхования, при котором страховая сумма, указанная в договоре страхования, является лимитом возмещения Страховщика по каждому страховому случаю (независимо от их количества), произошедшему в период действия страховой защиты.

6.8. По договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил, установлен агрегатный лимит возмещения Страховщика, если иное прямо не обусловлено договором страхования.

6.9. Договором страхования может быть предусмотрено установление различных **лимитов ответственности** Страховщика (сублимитов страховой суммы) – максимального размера страховой выплаты, которая может быть выплачена в пределах страховой суммы.

Например, в отношении отдельных видов расходов в настоящих Правилах и (или) непосредственно в договоре страхования может быть установлен лимит ответственности.

Размер страховой выплаты не может превышать соответствующий лимит ответственности Страховщика.

Общая сумма выплат не может превышать размера общей страховой суммы, указанной в договоре страхования (при агрегатном лимите возмещения Страховщика).

В целях настоящих Правил лимит ответственности указывается в соответствии с валютой договора страхования.

6.10. Страховщик выполняет обязательства по страховой выплате при наступлении страхового случая в пределах страховой суммы, установленной по соответствующему страховому риску при заключении договора страхования. При этом если в договоре страхования в соответствии с пунктом 6.9 настоящих Правил установлены лимиты ответственности, то Страховщик выполняет обязательства по страховой выплате в пределах установленных лимитов ответственности, однако совокупные выплаты по договору страхования не могут превысить страховую сумму, установленную договором страхования по соответствующему страховому риску.

6.11. Любые лимиты ответственности по договору страхования устанавливаются сверх сумм франшизы, которые не входят в сумму лимита возмещения Страховщика.

6.12. **Страховая сумма, лимиты ответственности по риску «Медицинская и экстренная помощь».**

6.12.1. Страховая сумма по договору страхования, заключенному на случай наступления событий, предусмотренных пунктом 4.7 настоящих Правил, устанавливается по соглашению Страхователя со Страховщиком и указывается в договоре страхования. В части поездок за пределы Российской Федерации страховая сумма устанавливается в размере, определенном исходя из требований к размеру страховой суммы, предъявляемых иностранным государством, которое намеревается посетить Застрахованное лицо и указанным в договоре страхования в графе «Территория страхования», но не менее суммы, эквивалентной 2 000 000 рублей по официальному курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному на дату заключения договора страхования. В страховую сумму в том числе включены организационные расходы по оказанию помощи Застрахованному лицу.

6.12.2. В договоре страхования по соглашению сторон могут быть установлены лимиты ответственности на расходы, указанные в пункте 4.10 настоящих Правил, и перечень расходов, подлежащих возмещению по риску «Медицинская и экстренная помощь».

6.13. **Страховая сумма, лимиты ответственности по риску «Отмена поездки».**

6.13.1. Страховая сумма по риску «Отмена поездки» устанавливается по соглашению сторон в пределах величины расходов, предусмотренных как договором о реализации туристского продукта, так и по самостоятельно организованной поездке, если иное не оговорено договором страхования, в расчете на одно лицо и указывается в договоре страхования по каждому Застрахованному лицу.

6.13.2. Страховая сумма равна:

6.13.2.1. Для туристической поездки – стоимости услуг, предоставляемых туроператором / турагентом (включая стоимость визы) в соответствии с договором о реализации туристского продукта;

6.13.2.2. Для самостоятельно организованной поездки – стоимости конкретной услуги на оплату проживания в гостинице и (или) оплату проездных документов.

6.13.3. Страховщик имеет право устанавливать лимиты ответственности и безусловную франшизу по отдельным категориям (статьям расходов), предусмотренным

пунктом 4.15 настоящих Правил.

6.14. Страховая сумма, лимиты ответственности по риску «Несчастный случай».

6.14.1. Страховая сумма устанавливается в виде единой суммы для страхового риска «Несчастный случай» для Застрахованного лица.

6.14.2. В договоре страхования по соглашению сторон могут быть установлены лимиты ответственности по страховым выплатам и (или) безусловная франшиза по каждому страховому случаю для событий, указанных в пункте 4.24 настоящих Правил.

6.15. Страховая сумма, лимиты ответственности по риску «Багаж».

6.15.1. Страховая сумма по риску «Багаж» устанавливается со слов Страхователя и не должна превышать действительной стоимости багажа, если иное не предусмотрено в договоре страхования.

Страховая сумма указывается в договоре страхования.

Действительной стоимостью багажа считается действительная стоимость имущества на день заключения договора страхования.

6.15.2. Лимит ответственности по утрате (гибели) багажа устанавливается в пределах страховой суммы, указанной в договоре страхования на одно багажное место за весь период страхования, если иное не предусмотрено договором страхования.

6.15.3. Лимит ответственности по расходам Страхователя (Застрахованного лица) на приобретение предметов первой необходимости, вызванные задержкой багажа, устанавливается в пределах страховой суммы, указанной в договоре страхования на одно багажное место по каждому случаю задержки багажа, официально переданного перевозчику, на период следования Застрахованного лица на территорию страхования и обратно, если иное не предусмотрено договором страхования.

6.15.4. В договоре страхования может быть установлена единая (общая) страховая сумма по двум страховым событиям: «полная утрата (гибель) багажа» и «возникновение расходов на приобретение предметов первой необходимости, вызванных задержкой багажа». При заключении договора страхования на таких условиях лимит ответственности на одно багажное место за весь период страхования по событию «полная утрата (гибель) багажа» устанавливается в размере единой (общей) страховой суммы по риску «Багаж», лимит ответственности по событию «возникновение расходов на приобретение предметов первой необходимости, вызванных задержкой багажа» (пункт 4.32.2 настоящих Правил) устанавливается в размере 10 (десяти) процентов от единой (общей) страховой суммы по риску «Багаж», если иное не предусмотрено договором страхования.

6.15.5. Единая (общая) страховая сумма по риску «Багаж», установленная в соответствии с пунктом 6.15.4 настоящих Правил, уменьшается на сумму выплаты по страховому случаю «возникновение расходов на приобретение предметов первой необходимости, вызванных задержкой багажа». Последующая выплата при наступлении страхового случая «полная утрата (гибель) багажа» осуществляется в размере разницы между единой (общей) страховой суммой и суммой ранее произведенных выплат по событию «возникновение расходов на приобретение предметов первой необходимости, вызванных задержкой багажа». Сумма выплат по вышеуказанным событиям не может превышать размер единой (общей) страховой суммы по риску «Багаж».

6.15.6. В договоре страхования могут быть установлены особые лимиты ответственности (страховые суммы) по отдельным типам событий и (или) франшиза по одному страховому случаю.

6.16. Страховая сумма, лимиты ответственности по риску «Гражданская ответственность».

6.16.1. Страховая сумма по риску «Гражданская ответственность» устанавливается по соглашению сторон и указывается в договоре страхования.

6.16.2. Общая сумма выплат по риску «Гражданская ответственность» не может превышать указанной страховой суммы.

6.16.3. В договоре страхования могут быть установлены лимиты ответственности по отдельным категориям (статьям) расходов, в частности:

6.16.3.1. Лимит ответственности по расходам в счет возмещения вреда, причиненного жизни и здоровью третьих лиц;

6.16.3.2. Лимит ответственности по расходам в счет возмещения ущерба,

причиненного имуществу третьих лиц;

6.16.3.3. Лимит ответственности по расходам на защиту интересов Застрахованного лица в рамках гражданского делопроизводства.

6.16.4. В договоре страхования может быть установлена безусловная франшиза по отдельным видам страховых случаев и (или) отдельным категориям (статьям) расходов.

7. ФРАНШИЗА

7.1. Договором страхования может быть установлена франшиза (пункт 1.5.31 настоящих Правил) – предусмотренная договором страхования часть убытков, не подлежащая возмещению Страховщиком Страхователю (Лицу, риск ответственности которого застрахован, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю)

7.2. Франшиза может быть установлена как по отдельным видам страховых случаев по застрахованному риску, отдельным категориям (статьям) расходов, так и по группе страховых случаев, страховых рисков или группе категорий (статей) расходов.

7.3. Договором страхования могут быть предусмотрены следующие виды франшизы:

7.3.1. Безусловная франшиза (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы);

7.3.2. Условная франшиза (Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы);

7.3.3. Временная франшиза (период ожидания) – в соответствии с пунктом 1.5.9 настоящих Правил.

7.4. Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы и даны их понятия.

7.5. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь и Страховщик соглашаются и признают, что если в договоре страхования установлена франшиза и указан ее размер, но не указан ее вид, то считается, что установлена безусловная франшиза.

7.6. Франшиза может быть установлена в виде определенного процента от страховой суммы или от суммы страховой выплаты, в фиксированном размере в рублях (иностранной валюте, условных единицах), в днях, часах или ином временном периоде в течение срока действия договора страхования.

7.7. Страхователь и Страховщик, заключая договор страхования на основании настоящих Правил, соглашаются и признают, что если в договоре страхования установлена франшиза в процентах, то считается, что установлена франшиза в процентах от страховой суммы.

7.8. Франшиза действует по каждому страховому случаю. Если происходит несколько страховых случаев, франшиза учитывается при расчете страховой выплаты по каждому страховому случаю.

7.9. Договором страхования может быть предусмотрен иной порядок применения франшизы.

8. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВОЙ ВЗНОС)

8.1. При заключении договоров страхования и определении размера страховой премии (пункт 1.5.22 настоящих Правил), подлежащей уплате по договору страхования, Страховщик применяет разработанные им страховые тарифы (пункт 1.5.29 настоящих Правил), определяющие страховую премию, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом представленных Страхователем данных о характере и величине страхового риска.

8.2. При этом в зависимости от факторов, влияющих на вероятность наступления страхового случая, в частности: цели поездки и рода занятий в стране пребывания, территории страхования, возраста Застрахованного лица, состояния его здоровья и иных факторов, имеющих существенное значение для определения величины страхового риска, указанных в заявлении на страхование, договоре страхования и (или) письменном запросе

Страховщика, Страховщик вправе применять к страховым тарифам по конкретному договору страхования (полису страхования) поправочные (повышающие или понижающие) коэффициенты.

8.3. Размер страховой премии исчисляется, исходя из размера страховой суммы, страхового тарифа, установленного Страховщиком с учетом условий страхования, срока страхования, франшизы, особенностей застрахованного имущественного интереса и других обстоятельств, влияющих на страховой риск.

8.3.1. Если договором страхования не предусмотрено иное, страховая премия уплачивается Страхователем одновременно в полном объеме за весь срок страхования при заключении договора страхования. При заключении договора страхования Страхователь уплачивает страховую премию после ознакомления с условиями, содержащимися в договоре страхования и в настоящих Правилах. Факт ознакомления Страхователя с договором страхования и условиями настоящих Правил подтверждается подписью в договоре страхования при оформлении договора страхования на бумажном носителе, специальными чекбоксами (галочками), проставляемыми Страхователем в электронном виде при оформлении договора страхования на сайте Страховщика.

8.4. В случаях, согласованных сторонами договора страхования, страховая премия по договору страхования может быть уплачена в рассрочку – страховыми взносами (пункт 1.5.23 настоящих Правил). Сроки и порядок уплаты страховой премии указываются в договоре страхования.

Если договор страхования выдается Страхователю после единовременной полной уплаты страховой премии, то указание порядка уплаты страховой премии в таком договоре страхования не является обязательным.

8.5. Если договором страхования не предусмотрено иное, датой уплаты страховой премии считается:

– по договорам страхования, заключаемым с физическими лицами, – дата в соответствии со статьей 37 «Порядок и формы оплаты работы (оказанной услуги)» Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»;

– по договорам страхования, заключаемым с юридическими лицами, – дата поступления страховой премии (страхового взноса) на расчетный счет Страховщика или его представителя, или уплаты страховой премии (страхового взноса) наличными деньгами Страховщику / уполномоченному представителю Страховщика, если иное не оговорено договором страхования.

8.6. Если договором страхования не предусмотрено иное, то при неуплате или уплате не в полном объеме суммы страховой премии (при единовременной уплате страховой премии) или первого страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) в установленный договором страхования срок, договор страхования считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не производятся, а полученные в счет страховой премии денежные средства возвращаются Страхователю в течение срока, указанного в пункте 8.16.8 настоящих Правил, считая со дня, следующего за днем получения от Страхователя заявления / уведомления о перечислении денежных средств, в котором указаны реквизиты для перечисления.

8.7. В случае неуплаты очередного страхового взноса в срок, установленный в договоре страхования, Страховщик в одностороннем внесудебном порядке расторгает указанный договор страхования (отказывается от исполнения договора страхования в одностороннем порядке согласно ст. 450.1 Гражданского кодекса Российской Федерации). В этом случае договор страхования считается расторгнутым с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, когда очередной страховой взнос должен быть уплачен.

Уплата части страхового взноса (уплата очередного страхового взноса в меньшем размере, чем предусмотрено договором страхования) не принимается Страховщиком как уплата страхового взноса согласно статье 311 Гражданского кодекса Российской Федерации.

О досрочном расторжении договора страхования из-за неуплаты очередного страхового взноса Страховщик письменно уведомляет Страхователя способом, согласованным со Страхователем при заключении договора страхования.

При этом стороны не вправе требовать возвращения того, что было исполнено ими по обязательству до момента расторжения договора страхования.

В случае уплаты страховой премии (страхового взноса) после досрочного прекращения договора страхования, денежные средства, уплаченные после даты прекращения договора страхования возвращаются Страхователю за вычетом задолженности Страхователя по уплате страховой премии, образовавшейся на дату прекращения договора страхования, в течение срока, указанного в пункте 8.16.5 настоящих Правил, считая со дня, следующего за днем получения от Страхователя заявления / уведомления о перечислении денежных средств, в котором указаны реквизиты для перечисления.

8.8. Если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, внесение которого просрочено, Страховщик вправе при определении размера, подлежащего выплате страхового возмещения зачесть сумму просроченного страхового взноса.

8.9. По соглашению сторон договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия неуплаты Страхователем в установленные сроки очередных страховых взносов или их уплаты не в полном объеме:

- зачет суммы просроченного страхового взноса при определении размера страховой выплаты;
- изменение условий страхования соразмерно фактически уплаченным в установленный срок страховым взносам, в том числе пропорциональное сокращение срока страхования, пропорциональное снижение страховой суммы, введение или изменение размера франшизы;
- расторжение договора страхования и взыскание со Страхователя неуплаченной части страховой премии за период действия договора страхования до даты его расторжения в судебном порядке;
- иные последствия, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

Если в качестве последствий договором страхования предусмотрено изменение условий страхования, то порядок такого изменения указывается в договоре страхования.

Страховщик обязан проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со Страхователем при заключении договора страхования.

8.10. Если страховой случай наступил ранее, чем Страхователь полностью уплатил очередной страховой взнос (при уплате в рассрочку), не нарушая при этом сроков уплаты, указанных в договоре страхования, то размер подлежащей уплате оставшейся части страховой премии вычитается из суммы страховой выплаты, если иное не предусмотрено договором страхования.

8.11. Страховая премия устанавливается в рублях или в иной валюте, эквивалентной определенной сумме в рублях. При установлении страховой премии в иностранной валюте (условных единицах) страховая премия рассчитывается и уплачивается в рублях по официальному курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату заключения договора страхования, если иное не предусмотрено договором страхования.

8.12. В целях настоящих Правил по тексту под условной единицей понимается иностранная валюта, в которой выражена страховая сумма / страховая премия по соответствующему договору страхования.

8.13. В случае установления в пределах срока действия договора страхования отдельных периодов действия страховой защиты, расчет страховой премии производится отдельно для каждого такого периода.

8.14. Расчеты с нерезидентами осуществляются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8.15. В случае замены Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования Страховщик, если иное не предусмотрено договором страхования, имеет право произвести перерасчет страховой премии для нового Застрахованного лица, с учетом:

- остатка страховой премии, уплаченной за заменяемое Застрахованное лицо;
- других обстоятельств, влияющих на степень страхового риска (в том числе, возраста, пола и состояния здоровья нового Застрахованного лица).

Страховщик имеет право потребовать от Страхователя доплаты страховой премии по результатам перерасчета страховой премии.

8.16. Возврат страховой премии по договору страхования или ее части осуществляется в следующем порядке и размере:

8.16.1. В случае отказа Страхователя-физического лица от договора 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 (за исключением случаев, описанных в пункте 12.3 настоящих Правил), возврат Страховщиком Страхователю уплаченной Страхователем страховой премии производится в соответствии с пунктом 12.2 настоящих Правил.

8.16.2. В случае отказа Страхователя-физического лица от договора страхования, не связанного с осуществлением предпринимательской деятельности, в случае непредоставления, предоставления Страховщиком неполной или недостоверной информации о договоре страхования, при условии отсутствия до момента отказа от страхования событий, имеющих признаки страхового случая, возврат Страховщиком Страхователю уплаченной Страхователем страховой премии производится в соответствии с пунктом 12.5.4 настоящих Правил.

8.16.3. В случае прекращения договора страхования до наступления срока, на который он был заключен, если после вступления договора страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, возврат Страховщиком Страхователю уплаченной Страхователем страховой премии производится в соответствии с пунктом 12.6 настоящих Правил в течение 45 (сорок пять) рабочих дней со дня получения соответствующего письменного заявления Страхователя, если иной срок возврата не установлен договором страхования.

8.16.4. В случае несвоевременной уплаты или уплаты в неполном объеме страховой премии (при единовременной уплате страховой премии) или первого страхового взноса (при рассрочке уплаты страховой премии) возврат Страховщиком Страхователю денежных средств, полученных в счет страховой премии (первого страхового взноса), производится в полном объеме в течение 45 (сорок пять) рабочих дней, считая со дня, следующего за днем получения от Страхователя заявления / уведомления о перечислении денежных средств, в котором указаны реквизиты для перечисления, если иное не предусмотрено договором страхования.

8.16.5. В случае уплаты Страхователем страхового взноса после расторжения договора страхования возврат Страховщиком Страхователю денежных средств, уплаченных после даты прекращения договора страхования, производится за вычетом задолженности Страхователя по уплате страховой премии, образовавшейся на дату прекращения договора страхования, в течение 45 (сорок пять) рабочих дней, считая со дня, следующего за днем получения от Страхователя заявления / уведомления о перечислении денежных средств, в котором указаны реквизиты для перечисления, если иной порядок возврата не предусмотрен договором страхования.

8.16.6. В случае переплаты страховой премии по договору страхования возврат Страховщиком Страхователю суммы избыточно уплаченной Страхователем страховой премии производится в размере переплаты в течение 45 (сорок пять) рабочих дней со дня получения страховой премии, если иной срок возврата не предусмотрен договором страхования.

8.16.7. В случае признания договора страхования недействительным возврат Страховщиком Страхователю уплаченной Страхователем страховой премии производится в полном объеме в течение 45 (сорок пять) рабочих дней после вступления в силу решения суда о признании договора страхования недействительным, если решением суда не предусмотрено иное.

8.16.8. В случае если договор страхования является незаключенным, возврат Страховщиком Страхователю уплаченной Страхователем страховой премии производится в полном объеме в течение 45 (сорок пять) рабочих дней после выявления факта незаключения договора страхования.

8.16.9. В случаях досрочного прекращения договора страхования, в которых договором страхования предусмотрен возврат части страховой премии за неистекший срок страхования, отличных от случаев, указанных в пунктах 8.16.1 – 8.16.3 настоящих Правил, возврат Страховщиком Страхователю части уплаченной Страхователем страховой премии

производится в объеме, рассчитанном в соответствии с пунктами 12.5.1 – 12.5.3 настоящих Правил, если иной порядок расчета не установлен договором страхования / соглашением сторон, в течение 45 (сорок пять) рабочих дней после досрочного прекращения договора страхования, если иное не установлено договором страхования / соглашением сторон.

9. СРОК СТРАХОВАНИЯ. ДЕЙСТВИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

9.1. Договор страхования вступает в силу с 00:00 дня, следующего за днем уплаты страховой премии, если иное не предусмотрено договором страхования.

9.2. Действие страхования распространяется на страховые случаи, произошедшие с даты начала срока страхования на территории действия страхования.

9.3. В целях настоящих Правил срок страхования (пункт 1.5.19 настоящих Правил) – это максимальный предполагаемый срок пребывания Застрахованного лица в путешествии.

9.3.1. Начало и окончание срока страхования, если иное не предусмотрено договором страхования:

9.3.1.1. При путешествии Застрахованного лица за пределами Российской Федерации по рискам «Медицинская и экстренная помощь», «Несчастный случай», «Гражданская ответственность» срок страхования начинается с момента прохождения Застрахованным лицом пограничного контроля при его выезде с территории Российской Федерации или иной страны, но не ранее даты начала срока страхования, указанной в договоре страхования, и заканчивается в момент прохождения Застрахованным лицом пограничного контроля при его въезде на территорию Российской Федерации или иной страны, но не позднее даты окончания срока страхования, указанной в договоре страхования;

9.3.1.2. При путешествии Застрахованного лица по территории Российской Федерации по рискам «Медицинская и экстренная помощь», «Несчастный случай», «Гражданская ответственность» срок страхования:

1) для граждан Российской Федерации: начинается с момента выезда Застрахованного лица за 100-километровую зону от ПМЖ на территории Российской Федерации, но не ранее даты начала срока страхования, указанной в договоре страхования, и заканчивается в момент въезда Застрахованного лица в 100-километровую зону от ПМЖ на территории Российской Федерации, но не позднее даты окончания срока страхования, указанной в договоре страхования.

2) В целях настоящих Правил 100-километровая зона – это расстояние по прямой от границы населенного пункта, в котором Застрахованное лицо – гражданин Российской Федерации постоянно проживает (зарегистрирован), до места наступления страхового события.

3) В случае выезда Застрахованного лица – гражданина Российской Федерации в санаторий, на курорт, базу отдыха, в пансионат, находящиеся ближе, чем 100 км от границы населенного пункта, в котором Застрахованное лицо постоянно проживает, срок страхования начинается с момента въезда Застрахованного лица в населенный пункт, в котором находятся санаторий, курорт, база отдыха, пансионат, и страхование распространяется на события, наступившие с Застрахованным лицом на территории этого населенного пункта, и во время выезда на организованные экскурсии за пределы населенного пункта.

В целях настоящих Правил под курортом понимается освоенная и используемая с целью лечения, медицинской реабилитации, профилактики заболеваний и оздоровления особо охраняемая природная территория, располагающая природными лечебными ресурсами и необходимыми для их эксплуатации зданиями и сооружениями, включая объекты инфраструктуры.

В целях настоящих Правил под санаторием понимается лечебно-профилактическое учреждение, в котором осуществляют лечение и профилактику заболеваний, используют природные факторы в сочетании с лечебной физкультурой, физиотерапией и рациональным питанием (диетой) при соблюдении определённого режима лечения и отдыха.

В целях настоящих Правил под Базой отдыха, пансионатом понимается туристская база, предлагающая размещение, организацию питания и культурно-бытового обслуживания

туристов (включая возможности и соответствующее оборудование для занятия спортом, рестораны и магазины).

4) для иностранных граждан или лиц без гражданства: если договор страхования заключен до въезда в Россию, то срок страхования начинается при въезде на территорию Российской Федерации с момента пересечения государственной границы Российской Федерации, удостоверяемого отметкой пограничной службы в паспорте, или, если договор страхования заключен на территории Российской Федерации, то срок страхования начинается с даты начала срока страхования, указанной в полисе страхования, и заканчивается в момент пересечения государственной границы Российской Федерации при его выезде с территории Российской Федерации, но не позднее даты окончания срока страхования, указанной в полисе страхования;

9.3.1.3. При путешествии Застрахованного лица за пределами Российской Федерации и (или) по территории Российской Федерации по риску «Отмена поездки» срок страхования устанавливается с 00:00 часов дня, следующего за днем заключения договора страхования, до 24:00 часов дня, указанного в договоре страхования как день окончания срока страхования (в отношении каждого Застрахованного лица);

9.3.1.4. При путешествии Застрахованного лица за пределами Российской Федерации и (или) по территории Российской Федерации по риску «Багаж» срок страхования устанавливается с момента официальной сдачи багажа перевозчику на период поездки, но не ранее даты начала срока страхования, указанной в договоре страхования, и заканчивается в момент выдачи багажа перевозчиком, но не позднее даты окончания срока страхования, указанной в договоре страхования.

9.4. Допускается заключение договора страхования по риску «Медицинская и экстренная помощь» с условием **«Уже в поездке»**, т.е. если Застрахованное лицо, путешествующее за пределами Российской Федерации, уже находится в поездке на территории страхования. В этом случае в отношении Застрахованного лица действует временная франшиза сроком на 5 (пять) календарных дней с даты заключения договора страхования.

Срок страхования по договору страхования с включенным в него условием «Уже в поездке» начинается с 00:00 часов 6 (шестого) календарного дня с даты его заключения, включая день заключения договора страхования. Условие «Уже в поездке» указывается в графе «Особые условия» договора страхования. Страхование, обусловленное договором страхования, не распространяется на события, заболевания, состояния, имеющие признаки страхового случая, произошедшие / возникшие в период до 00:00 часов 6 (шестого) календарного дня с даты заключения договора страхования, если иное не предусмотрено договором страхования.

9.5. Если на дату заключения договора страхования Застрахованное лицо уже находится на территории страхования, но условие «Уже в поездке» в договор страхования не включено, то страхование на данную поездку не действует, если иное не предусмотрено в договоре страхования. Условие настоящего пункта Правил не применяется к поездкам по территории Российской Федерации.

9.6. В целях настоящих Правил под количеством застрахованных дней понимается количество дней пребывания Застрахованного лица на территории страхования, в течение которых действует страхование, обусловленное договором страхования, и указанное в графе «Количество застрахованных дней» договора страхования.

Количество застрахованных дней нахождения Застрахованного лица на территории страхования автоматически уменьшается на количество дней, проведенных на территории страхования при выездах Застрахованного лица в путешествие. При этом действие страхования прекращается по истечении лимита застрахованных дней, установленного в договоре страхования в графе «Количество застрахованных дней», и (или) истечении срока страхования, в зависимости от того, какое условие наступает раньше. В договоре страхования в графе «Количество застрахованных дней» указываются дни страхования при нахождении на любой территории, кроме территории Российской Федерации. Для территории Российской Федерации количество застрахованных дней равно сроку страхования, если иное не указано в договоре страхования.

9.7. Договор страхования в части рисков «Медицинская и экстренная помощь», «Несчастный случай», «Багаж», «Гражданская ответственность» действует в пределах

территории страхования, указанной в договоре страхования, в части риска «Отмена поездки» – действует в том числе в пределах ПМЖ Застрахованного лица до начала поездки.

9.8. Страхование не распространяется на следующие территории, если иное не предусмотрено в договоре страхования:

9.8.1. Страны, в которой Застрахованное лицо имеет разрешение на проживание или иной документ, за исключением визы, разрешающий нахождение на территории страхования непрерывно более 90 (девяноста) дней;

9.8.2. Страны временного проживания для иностранных граждан и лиц без гражданства при условии наличия у Застрахованного лица временного вида на жительство в данном государстве (не применяется к лицам, находящимся на территории страхования с целью обучения или по студенческому обмену, при условии включения в договор страхования согласно пункту 4.4.6 настоящих Правил особого условия «Обучение», отраженного в графе «Особые условия» договора страхования);

9.8.3. Страны, гражданином которой является Застрахованное лицо; для Застрахованного лица – гражданина Российской Федерации страхование не распространяется на территорию, расположенную в пределах 100-километровой зоны от его ПМЖ на территории Российской Федерации.

9.8.4. Территорий: Антарктика, атолл Джонстон, атолл Мидуэй, Афганистан, Демократическая Республика Конго, Ирак, Йемен, Кот-д'Ивуар, Ливия, остров Буве, Остров Херд и острова Макдоналд, Пакистан, Палестина, Республика Конго, Сектор Газа, Сирия, Сомали, Французские Южные и Антарктические территории, Шпицберген и Ян-Майен, Южная Георгия и Южные Сандвичевы острова;

9.8.5. Страхование поездок за пределами Российской Федерации и по территории Российской Федерации не распространяется на территории, где ведутся военные действия или проводятся войсковые антитеррористические операции, имеют место вооруженные конфликты, столкновения; на территории, в пределах которых обнаружены и официально признаны очаги эпидемий.

9.9. Если к моменту окончания срока страхования или количества застрахованных дней возвращение Застрахованного лица с территории страхования невозможно в связи с наступившим по риску «Медицинская и экстренная помощь» страховым случаем, связанным со стационарным лечением, и при наличии соответствующего медицинского заключения, страхование по данному страховому случаю действует до тех пор, пока состояние здоровья Застрахованного лица, по заключению врача, не позволит произвести его возвращение к ПМЖ. При этом сумма страховых выплат не может превысить страховую сумму, указанную в договоре страхования.

По возникшим в этот период иным событиям, имеющим признаки страхового случая, Страховщик ответственности не несет, и такие события не признаются страховыми случаями.

9.10. Если в договоре страхования указано условие «каждая поездка не более 90 (девяноста) дней», то страховое покрытие распространяется на первые 90 (девяноста) дней каждой поездки, при этом количество поездок неограниченно, если иное прямо не указано в договоре страхования.

10. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10.1. Заключая Договор страхования (пункт 1.5.4 настоящих Правил) на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает, что Страховщик до заключения договора страхования (при обращении Страхователя с намерением заключить договор страхования) предоставил Страхователю в доступной форме полную информацию:

10.1.1. Об условиях, на которых может быть заключен договор страхования, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, страховой суммы и (или) порядок определения размера страховой премии, страховой суммы, а также порядок осуществления страховой выплаты (страхового возмещения), в том числе перечень документов, которые необходимо представить вместе с заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая;

10.1.2. Об обстоятельствах, влияющих на размер страховой премии, о способах и сроках (периодичности) уплаты страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов);

10.1.3. О применяемых Страховщиком франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях получателя страховых услуг, совершение которых может повлечь отказ Страховщика в страховой выплате или сокращение ее размера;

10.1.4. О наличии дополнительных условий для заключения договора страхования, в том числе о необходимости проведения обследования получателя страховых услуг при заключении договора страхования или осмотра имущества, подлежащего страхованию, а также о перечне документов и информации, необходимых для заключения договора страхования;

10.1.5. О размере (примерном расчете) страховой премии на основании представленного получателем страховых услуг заявления о заключении договора страхования с уведомлением получателя страховых услуг о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска;

10.1.6. О сроке, в течение которого в соответствии с условиями договора страхования жизни, предусматривающего дожитие застрахованного лица до определенного возраста или срока либо наступление иного события, не может быть осуществлен возврат Страхователю выкупной суммы по такому договору страхования (при наличии такого срока), а также о размерах выкупной суммы, подлежащей возврату в зависимости от срока действия такого договора и периода, в котором он прекращен;

10.1.7. О наличии условия возврата Страхователю уплаченной страховой премии в случае отказа Страхователя от договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения или о его отсутствии в соответствии с действующим законодательством;

10.1.8. О сроках рассмотрения обращений получателей страховых услуг относительно страховой выплаты, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации государственных органов и органов местного самоуправления и (или) сторонних организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия Страховщиком решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты;

10.1.9. О принципах расчета ущерба, причиненного застрахованному имуществу в случае его повреждения, а также о порядке расчета износа застрахованного имущества в случае наличия в договоре страхования условия осуществления страховой выплаты с учетом износа застрахованного имущества;

10.1.10. О порядке расчета налога, который будет удержан Страховщиком при расчете страховой выплаты (выплаты выкупной суммы) и возврате страховой премии или ее части при досрочном прекращении договора страхования (для видов договоров страхования, к которым положениями налогового законодательства Российской Федерации установлены соответствующие требования) в случаях, когда Страховщик является налоговым агентом;

10.1.11. О праве получателя страховых услуг запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру;

10.1.12. Об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, в том числе о возможности приема таких документов в электронной форме, если такая возможность предусмотрена условиями договора или Правил страхования.

10.2. До заключения договора страхования Страховщик обязан предоставить физическому лицу, имеющему намерение заключить договор страхования информацию о договоре страхования, в том числе о его условиях и рисках, связанных с его исполнением в виде ключевого информационного документа (КИД) (пункт 1.5.5 настоящих Правил).

В случае расхождения информации о договоре страхования, его условиях и рисках, связанных с его исполнением, указанной в КИД, и информации об условиях страхования, указанных в заключенном договоре страхования, преимущественную силу имеют положения договора страхования, о чём в указанных документах делается соответствующая отметка.

10.3. Договор страхования должен отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством Российской Федерации.

10.4. Договор страхования должен быть заключен в письменной форме. Несоблюдение письменной формы влечет недействительность договора страхования.

10.5. Страховщик при заключении договора страхования вправе применять разработанные им стандартные формы договора страхования.

10.6. Заявление о заключении договора страхования (далее по тексту – заявление на страхование), если оно изложено в письменной форме, является неотъемлемой частью договора страхования.

10.7. При заключении договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение также по следующим существенным условиям договора страхования:

10.7.1. О Застрахованном лице (лицах);

10.7.2. О характере события, на случай наступления которого осуществляется страхование (о страховом случае);

10.7.3. О размере страховой суммы;

10.7.4. О сроке действия договора страхования, а также о сроке страхования в отношении Застрахованного лица.

10.8. При заключении договора страхования Страхователь обязан предоставить Страховщику достоверную информацию, имеющую значение для определения страхового риска, в том числе сведения об условиях совершения поездки (маршрут, сроки, цель поездки), о состоянии здоровья Застрахованного лица, а также о намерении Застрахованного лица осуществлять в поездке действия или выбрать условия, указанные в пункте 4.4 настоящих Правил. В случае заключения договора страхования по риску «Отмена поездки» Страхователь обязан представить Страховщику договор о реализации туристского продукта, именные проездные документы, подтверждение оплаты (брони) гостиницы.

10.9. В особых случаях по требованию Страховщика Страхователь (Застрахованное лицо) должен заполнить медицинскую анкету и (или) представить соответствующие документы и (или) пройти медицинское освидетельствование. В случае непредставления документов и (или) непрохождения медицинского освидетельствования Страхователем (Застрахованным лицом) Страховщик вправе применить поправочный коэффициент к базовому страховому тарифу и (или) франшизу в отношении данного Застрахованного лица при заключении договора страхования.

10.10. Договор страхования в соответствии с настоящими Правилами заключается на основании заявления на страхование (в письменной или устной форме).

10.11. Договор страхования может быть заключен как до выезда Застрахованного лица на территорию страхования, так и при нахождении Застрахованного лица на территории страхования (в соответствии с условием пункта 9.4 настоящих Правил).

10.12. Договор страхования заключается в письменной форме в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации и может быть оформлен:

– путем составления полнотекстового договора страхования, подписанного обеими сторонами. В этом случае по желанию Страхователя в подтверждение факта заключения договора страхования может быть выдан полис страхования, подписанный Страховщиком;

– путем составления полиса страхования, подписанного обеими Сторонами;

– путем вручения Страховщиком Страхователю полиса страхования, подписанного Страховщиком;

– путем составления электронного полиса страхования.

10.13. При заключении коллективного договора страхования Страховщик до начала поездки выдает полисы страхования для каждого Застрахованного лица или для группы лиц. К полису страхования на группу лиц может быть приложен список Застрахованных лиц.

10.14. В договоре страхования должны быть указаны фамилия, имя отчество (при наличии) или инициалы, должность (при подписании договора страхования работником Страховщика) лица, подписывающего от имени Страховщика договор страхования, а также сведения о документе, подтверждающем полномочия данного лица. При подписании договора страхования работником Страховщика, не являющимся единоличным исполнительным органом Страховщика или руководителем коллегиального исполнительного органа Страховщика, его полномочия подтверждаются доверенностью.

При заключении договора страхования по требованию Страхователя доверенность на подписание договора страхования должна быть представлена Страховщиком Страхователю в форме надлежаще заверенной копии.

10.15. Заключая договор страхования с применением настоящих Правил, Страхователь и Страховщик в соответствии с пунктом 2 статьи 160 Гражданского кодекса

Российской Федерации пришли к соглашению об использовании распечатываемой из автоматизированной системы Страховщика формы полиса страхования с изображением подписи и печати Страховщика, выполненных с применением технических средств, которые признаются Страхователем и Страховщиком аналогами оригинального оттиска печати Страховщика и собственноручной подписи полномочного представителя Страховщика.

10.16. К договору страхования прилагаются и вручаются Страхователю настоящие Правила или Полисные условия (пункт 1.5.13 настоящих Правил), что удостоверяется его подписью в договоре страхования (полисе страхования).

При заключении договора страхования в виде электронного документа настоящие Правила или Полисные условия направляются Страхователю на указанный им адрес электронной почты пакетом электронных документов вместе с полисом страхования.

10.17. Не включенные в текст договора страхования (полиса страхования) условия, содержащиеся в документе, в котором полностью или частично изложены условия страхования (настоящие Правила, полисные условия, выписка/выдержки из настоящих Правил), обязательны для Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), если в договоре страхования (полисе страхования) прямо указывается на применение такого документа (настоящих Правил, выписки/выдержек из настоящих Правил или полисных условий страхования). Данные условия должны быть изложены в договоре страхования (полисе страхования) либо на его оборотной стороне, либо приложены к договору страхования (полису страхования) как его неотъемлемая часть (в последнем случае вручение Страхователю при заключении договора страхования таких условий должно быть удостоверено записью в договоре страхования).

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

10.19. При наличии расхождений между положениями договора страхования и положениями КИД преимущественную силу имеют положения договора страхования.

10.20. В течение срока действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан обеспечить сохранность документов по договору страхования. Если договор страхования утрачен или испорчен до окончания срока действия договора страхования, Страховщик выдает Страхователю на основании его письменного заявления дубликат. Данные, заполняемые Страховщиком в дубликате, должны соответствовать данным, содержащимся в утраченном (испорченном) договоре страхования.

10.21. Для заключения договора страхования, оценки страхового риска Страховщик вправе потребовать от Страхователя следующие сведения (в том числе в заявлении на страхование) и документы или их надлежащим образом удостоверенные копии:

10.21.1. Документы и сведения, идентифицирующие Страхователя:

10.21.1.1. Если Страхователем выступает юридическое лицо:

— копии учредительных документов (учредительный договор, устав, общее положение об организациях данного вида) либо надлежащим образом оформленные и заверенные выписки из данных документов, включающие в себя разделы, содержащие сведения о местонахождении и информацию о коллегиальных органах управления Страхователя, а также документы по реорганизации при наличии таковых;

— копии паспортов руководителя, бенефициарного владельца и представителя, отличного от руководителя (при наличии), либо собственноручную надпись об отказе оставлять копию паспорта Страховщику в полностью заполненных и собственноручно подписанных анкетах руководителя, бенефициарного владельца и представителя Страхователя;

— копию документа, подтверждающего назначение на должность лица, имеющего право без доверенности представлять интересы организации (протокол Совета директоров/Правления или решение собрания акционеров/участников; приказ о вступлении в должность руководителя и т.д.), и (или) доверенность, если интересы организации представляет иное лицо, отличное от руководителя;

— анкеты по форме Страховщика, полностью заполненные и собственноручно подписанные руководителем или полномочным представителем юридического лица;

— документы (анкету, справку или т.п.), позволяющие установить бенефициарных владельцев (фамилию, имя, отчество, гражданство, дату рождения, копию документа, удостоверяющего личность);

— сведения о Выгодоприобретателях, ставшие известными при заключении договора страхования в пользу третьего лица.

При отсутствии у Страховщика возможности получить сведения из открытых источников, Страхователь обязан предоставить:

— копию свидетельства о регистрации, выданного органами государственной регистрации в стране регистрации (для нерезидентов Российской Федерации);

— копию свидетельства о присвоении кода иностранной организации, выданного в стране регистрации (для нерезидентов Российской Федерации);

— сведения о месте нахождения (почтовый и фактический адреса), номерах телефона, факса (при наличии), адресах электронной почты и другой контактной информации;

— сведения об органах юридического лица (структура и персональный состав органов управления юридического лица, за исключением сведений о персональном составе акционеров (участников) юридического лица, владеющих менее чем пятью процентами акций (долей) юридического лица).

10.21.1.2. Если Страхователем выступает иностранная структура без образования юридического лица:

— копию свидетельства о регистрации, выданного органами государственной регистрации в стране регистрации (для нерезидентов Российской Федерации);

— копию свидетельства о присвоении кода иностранной организации, выданного в стране регистрации (для нерезидентов Российской Федерации);

— копию документа, подтверждающего назначение на должность лица, имеющего право без доверенности представлять интересы организации (протокол Совета директоров/Правления или решение собрания акционеров/участников; приказ о вступлении в должность руководителя и т.д.), и (или) доверенность, если интересы организации представляет иное лицо, отличное от руководителя;

— копии паспортов руководителя, бенефициарного владельца и представителя, отличного от руководителя (при наличии), либо собственноручную надпись об отказе оставлять копию паспорта Страховщику в полностью заполненных и собственноручно подписанных анкетах руководителя, бенефициарного владельца и представителя Страхователя;

— анкеты по форме Страховщика, полностью заполненные и собственноручно подписанные руководителем или полномочным представителем юридического лица;

— документы (анкету, справку или т.п.), позволяющие установить бенефициарных владельцев (фамилию, имя, отчество, гражданство, дату рождения, копию документа, удостоверяющего личность);

— сведения о Выгодоприобретателях, ставшие известными при заключении договора страхования в пользу третьего лица.

10.21.1.3. Если Страхователем выступает физическое лицо, зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, или физическое лицо, занимающееся в установленном законодательством порядке частной практикой:

а) один из следующих документов:

— паспорт гражданина Российской Федерации;

— общегражданский заграничный паспорт;

— паспорт моряка (удостоверение личности моряка);

— военный билет, временное удостоверение, выдаваемое взамен военного билета, или удостоверение личности (для лиц, которые проходят военную службу);

— временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое органом внутренних дел до оформления паспорта;

— иные документы, признаваемые в соответствии с законодательством Российской Федерации или международными актами, участником которых является Российская Федерация документами, удостоверяющими личность;

б) свидетельство о регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя, дату государственной регистрации и данные документа, подтверждающего

факт внесения в ЕГРИП записи об указанной государственной регистрации (для индивидуальных предпринимателей);

в) документы (анкету, справку или т.п.), позволяющие установить бенефициарных владельцев (фамилию, имя, отчество, гражданство, дату рождения, копию документа, удостоверяющего личность) индивидуального предпринимателя (если имеются);

г) сведения о Выгодоприобретателях, ставшие известными при заключении договора страхования в пользу третьего лица;

д) анкету по форме Страховщика, полностью заполненную и подписанную от имени индивидуального предпринимателя или физическим лицом.

10.21.1.4. Если Страхователем выступает физическое лицо:

— анкету по форме Страховщика, полностью заполненную и собственноручно подписанную Страхователем - физическим лицом;

а) для гражданина Российской Федерации – один из следующих документов:

— паспорт гражданина Российской Федерации;

— общегражданский заграничный паспорт;

— дипломатический паспорт;

— служебный паспорт;

— паспорт моряка (удостоверение личности моряка);

— военный билет, временное удостоверение, выдаваемое взамен военного билета, или удостоверение личности (для лиц, которые проходят военную службу);

— временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое органом внутренних дел до оформления паспорта;

— иные документы, признаваемые в соответствии с законодательством Российской Федерации или международными актами, участником которых является Российская Федерация, документами, удостоверяющими личность;

б) для иностранного гражданина:

— паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

— документ, подтверждающий право иностранного гражданина на пребывание (проживание) в Российской Федерации (если наличие указанных данных предусмотрено законодательством Российской Федерации) – вид на жительство, разрешение на временное проживание, виза или иной документ;

— миграционную карту – в случае непредставления документа, подтверждающего право иностранного гражданина на пребывание (проживание) на территории Российской Федерации;

в) для иных лиц без гражданства – один из следующих документов:

— документ, выданный иностранным государством, и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

— разрешение на временное проживание;

— вид на жительство;

— иной документ, предусмотренный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность без гражданства;

— миграционную карту – в случае непредставления документа, подтверждающего право лица без гражданства на пребывание (проживание) на территории Российской Федерации;

г) для беженцев – один из следующих документов:

— свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании лица беженцем, выданное диппредставительством или консульским учреждением Российской Федерации либо постом иммиграционного контроля или территориальным органом федерального органа исполнительной власти по миграционной службе;

— удостоверение беженца;

д) иные документы, предусмотренные российским законодательством или международным договором, удостоверяющие личность лица, имеющего намерение заключить договор страхования;

10.21.1.5. Для всех категорий Страхователей:

— документ, удостоверяющий полномочия представителя Страхователя, доверенность или иной документ, свидетельствующий о наличии и объеме полномочий представителя Страхователя (наименование, дата выдачи, срок действия, номер документа, на котором основаны полномочия);

— копию документа, удостоверяющего личность представителя Страхователя;

— сведения о финансовом положении, деловой репутации, целях финансово-хозяйственной деятельности; об источниках происхождения денежных средств и (или) иного имущества (за исключением Страхователей – физических лиц).

В случае отказа физическими лицами предоставлять Страховщику копию паспорта, в анкете физического лица (в т.ч. руководителя, бенефициарного владельца, представителя, отличного от руководителя (при наличии)) должна быть сделана надлежащая надпись об отказе.

10.21.2. Согласия Страхователя - физического лица и Застрахованных лиц на обработку их персональных данных – в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

10.21.3. Сведения о факте принадлежности Страхователя к категории публичных должностных лиц или к категории родственников публичного должностного лица (в соответствии с пунктом 10.26 настоящих Правил).

10.21.4. Список Застрахованных лиц по установленной Страховщиком форме (если сведения о Застрахованных лицах указываются в прилагаемом к договору страхования списке Застрахованных лиц).

10.22. Форма предоставления указанных в пункте 10.21 настоящих Правил документов (надлежащим образом заверенные копии или простые копии, оригиналы) устанавливается Страховщиком и доводится до сведения потенциального Страхователя при его обращении.

10.23. Документы (их копии) должны быть предоставлены исключительно на русском языке либо с переводом на русский язык. Документы, выданные (оформленные) за границей Российской Федерации, принимаются к рассмотрению при условии признания их легитимности на территории Российской Федерации (при наличии апостиля, легализации и т.д.).

10.24. Указанный в пункте 10.21 настоящих Правил перечень сведений и документов, необходимых для заключения договора страхования, оценки степени страховых рисков, является исчерпывающим.

10.25. Страховщик вправе по своему усмотрению сократить перечень запрашиваемых документов и сведений, приведенный в пункте 10.21 настоящих Правил, если это не влияет на оценку риска, вероятности наступления страхового случая.

10.26. Лицо, заключающее со Страховщиком договор страхования на основании настоящих Правил, обязано сообщить Страховщику о факте принадлежности данного лица к категории публичных должностных лиц (ПДЛ) или к категории родственников публичного должностного лица, на момент заключения договора страхования.

10.26.1. К публичным должностным лицам (ПДЛ) относятся следующие категории:

10.26.1.1. **Иностранное публичное должностное лицо (ИПДЛ)** – любое назначаемое или избираемое лицо, занимающее какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства; любое лицо, выполняющее какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в том числе для публичного ведомства или публичного предприятия; лицо, ранее занимавшее публичную должность, с момента сложения полномочий которой прошло менее одного года.

К иностранным публичным должностным лицам (ИПДЛ) относятся лица², на которых возложено или было возложено ранее (с момента сложения полномочий прошло менее одного года) исполнение важных государственных функций, а именно:

² Перечень должностей, по которым определяется принадлежность к ИПДЛ, не является исчерпывающим и может варьироваться в зависимости от государственного устройства той или иной

- а) главы государств (в том числе правящие королевские династии) или правительств;
- б) министры, их заместители и помощники;
- в) высшие правительственные чиновники;
- г) руководители и заместители руководителей судебных органов власти «последней инстанции» (Верховный, Конституционный суд), на решение которых не подается апелляция;
- д) государственный прокурор и его заместители;
- е) высшие военные чиновники (начальники генеральных штабов, верховные главнокомандующие и т.д.);
- ж) руководители и члены Советов директоров Национальных Банков;
- з) послы иностранных государств;
- и) руководители государственных корпораций;
- к) члены Парламента или иного законодательного органа.

10.26.1.2. Должностное лицо публичной международной организации (ПДЛМО) – лицо, которому доверены или были доверены важные функции международной организацией (за исключением руководителей среднего звена или лиц, занимающих более низкие позиции в указанной категории), в частности³:

а) руководители, заместители руководителей международных и наднациональных организаций, таких как:

- Организация Объединенных Наций (ООН),
- Организация экономического развития и сотрудничества (ОЭСР),
- Экономический и Социальный Совет ООН,
- Организация стран – экспортеров нефти (ОПЕК),
- Международный олимпийский комитет (МОК),
- Всемирный банк (ВБ),
- Международный валютный фонд (МВФ),
- Европейская комиссия,
- Европейский центральный банк (ЕЦБ) и др.

б) члены Европарламента;

в) руководители и члены международных и наднациональных судебных организаций, таких как:

- Международный суд ООН,
- Европейский суд по правам человека,
- Суд Европейского союза,
- Гаагский трибунал и др.

10.26.1.3. Российские публичные должностные лица (РПДЛ) – лица, замещающие (занимающие) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации.

10.26.2. К родственникам ПДЛ относятся: супруг или супруга ПДЛ, его близкий родственник (родственник по прямой восходящей и нисходящей линии (родители и дети, дедушки, бабушки и внуки), полнородный и неполнородный (имеющий общего отца или мать) брат и сестра, усыновитель и усыновленный).

10.27. Если на момент заключения договора страхования Страхователь не являлся ПДЛ или родственником ПДЛ, но в течение срока действия договора страхования стал принадлежать к категории лиц из числа указанных в пункте 10.26 настоящих Правил, то Страхователь обязан сообщить Страховщику о таких изменениях в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня изменений.

страны. Принадлежность лица к категории ИПДЛ определяется в соответствии с рекомендациями ФАТФ.

³ Принадлежность лица к категории ПДЛМО определяется в соответствии с рекомендациями ФАТФ.

10.28. В случае утраты договора страхования (полиса страхования) в период действия договора страхования Страхователю, на основании его письменного заявления, выдается дубликат, после чего утраченный договор страхования (полис страхования) считается недействительным, и рассмотрение претензий при предъявлении утраченного договора страхования (полиса страхования) не производится. Дубликат договора страхования (полиса страхования) выдается в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты письменного обращения Страхователя.

При повторной утрате договора страхования (полиса страхования) в период его действия для получения дубликата договора страхования (полиса страхования) Страхователь уплачивает Страховщику денежную сумму в размере стоимости изготовления и оформления договора страхования (полиса страхования).

10.29. Действие настоящих Правил и договора страхования, заключенного в соответствии с ними, регулируются положениями действующего законодательства Российской Федерации. При этом статья 317.1 Гражданского кодекса Российской Федерации не применяется к условиям договоров страхования, заключаемых в рамках настоящих Правил.

10.30. Страховщик в процессе заключения и исполнения договора страхования осуществляет обработку персональных данных физических лиц (Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателей) в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и разделом 11 настоящих Правил.

11. ОБРАБОТКА СТРАХОВЩИКОМ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

11.1. Заключая договор страхования со Страховщиком – Обществом с ограниченной ответственностью Страховой Компанией «Гелиос» (ООО Страховой Компанией «Гелиос») (далее по тексту в рамках раздела 11 настоящих Правил – Оператор), адрес местонахождения: Российская Федерация, г. Краснодар, ул. Новокузнецкая, д. 40 офис 68, Страхователь (далее по тексту в рамках раздела 11 настоящих Правил – Субъект), тем самым свободно, своей волей и в своем интересе дает Оператору свое конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие на обработку своих персональных данных (далее по тексту в рамках раздела 11 настоящих Правил – Согласие), в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях обработки персональных данных, в объеме перечня персональных данных, перечня действий с персональными данными, на условиях и на срок, указанные в настоящем разделе 11 Правил.

11.2. Обработка персональных данных осуществляется Оператором в порядке и на условиях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, а также документом Оператора, определяющим политику обработки персональных данных Оператора. С текстом указанного документа, размещенного на официальном сайте Оператора по адресу: <https://skgelios.ru/files/polit.pdf>, Субъект ознакомлен и согласен.

11.3. Обработке подлежат следующие персональные данные: фамилия, имя, отчество; год, месяц, дата и место рождения; данные документа, удостоверяющего личность; адрес; иные данные, которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством Российской Федерации к персональным данным, переданные в связи с рассмотрением вопроса возможности и целесообразности заключения Субъектом договоров с Оператором и/или с лицами (контрагентами), связанными с Оператором договорными отношениями (далее по тексту в рамках раздела 11 настоящих Правил – Партнеры), а также в связи с подготовкой к их заключению, заключением, исполнением и прекращением действия указанных договоров.

11.4. Персональные данные могут обрабатываться посредством осуществления действий (операций) или совокупности действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, включая, в случаях, предусмотренных законом или договором, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

11.5. Оператор наделен правом осуществлять обработку указанных в пункте 11.3 настоящих Правил персональных данных, в том числе сформированных в электронном виде

на официальном сайте Страховщика (Оператора), с помощью проставления отметок / введения соответствующей информации, и указанных в заключенном между Субъектом и Оператором договоре страхования (договорах страхования), включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения и др.

11.6. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь разрешает Оператору передачу (включая трансграничную передачу) его персональных данных сведений о себе или Застрахованном лице (в том числе персональных данных специальной категории, включающих данные, составляющие врачебную тайну) Оператору и Партнерам Оператора, в том числе с целью оказания услуг по организации лечения в медицинских организациях, предоставление любым лечебным учреждением или врачом Страховщику имеющейся информации о состоянии здоровья и диагнозах Страхователя или Застрахованного лица – в соответствии со статьями 13, 19, 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», при условии, что у Оператора есть соглашение с указанными Партнерами, обеспечивающее безопасность персональных данных при их обработке и

Страхователь разрешает Оператору передачу его персональных данных Партнерам Оператора для обработки персональных данных в следующих целях:

11.6.1. В целях заключения между Субъектом и Оператором договоров по поручению Партнеров, включая в себя обслуживание, пролонгацию и расторжение названных договоров, а также предоставление ими дополнительных услуг и продуктов;

11.6.2. В целях направления Субъекту предложений заключить договоры с Партнерами, выступающими в качестве исполнителей, в том числе предоставления ими дополнительных услуг и продуктов;

11.6.3. В целях предложения Субъекту заключения с денежно-кредитными организациями договоров, в том числе предоставления ими дополнительных услуг и продуктов;

11.6.4. В целях маркетинговых и статистических исследований (в том числе опросов) и информирования Субъекта о продуктах и услугах Оператора и Партнеров, повышения уровня клиентоориентированности Оператора и Партнеров, повышения уровня лояльности Субъекта, продвижения продуктов и услуг Оператора и Партнеров на рынке, в том числе путем прямых контактов с потенциальными потребителями с помощью средств связи;

11.6.5. В целях обновления или дополнения персональных данных сведениями из кредитной истории Страхователя, автоматизированной информационной системы страхования (АИС Страхование) и открытых источников;

11.6.6. В целях проверки качества и совершенствования процесса оказания услуг.

Такая передача может быть осуществлена в том числе посредством электронной почты, специализированного программного обеспечения или на материальных носителях (бумажных или электронных).

Такая передача, по усмотрению Оператора, также может считаться поручением Партнеру по обработке персональных данных.

11.7. Персональные данные могут обрабатываться Оператором и Партнерами в том числе в следующих целях:

11.7.1. В целях рассмотрения вопроса возможности и целесообразности заключения договоров между Страхователем и Оператором и Партнерами, подготовки к их заключению, заключения, исполнения и прекращения их действия; осуществления Страховщиком права требования, перешедшего к Страховщику в порядке суброгации, реализации Страховщиком права требования о возврате неосновательного обогащения в виде излишне выплаченной суммы страхового возмещения; перестрахования принятых Страховщиком на страхование рисков Субъекта;

11.7.2. В целях повышения уровня клиентоориентированности Оператора и Партнеров, повышения уровня лояльности Субъекта, продвижения услуг Оператора и Партнеров на рынке путем осуществления прямых контактов с потенциальным потребителем с помощью средств связи;

11.7.3. В целях обновления или дополнения персональных данных любыми сведениями из любых источников;

11.7.4. В целях проверки качества и совершенствования процесса оказания услуг.

11.8. Страхователь также дает Согласие на получение рекламы продуктов и услуг

Оператора и Партнеров, действующих в качестве рекламодателей и/или рекламодателей, в том числе по сетям электросвязи, в том числе посредством использования телефонной и подвижной радиотелефонной связи.

11.9. Согласие предоставляется на срок 5 (пять) лет (за исключением согласия на запрос и получение кредитной истории, требуемого в силу норм законодательства о кредитных историях). По истечении указанного срока Согласие продлевается на каждый следующий пятилетний срок, если Согласие не будет отозвано.

11.10. Согласие может быть отозвано полностью или частично (например, в части информирования о других продуктах и услугах Оператора и/или Партнеров) посредством передачи Оператору соответствующего заявления. Такое заявление может быть передано как на бумажном носителе за собственноручной подписью заявителя, так и посредством электронной почты (с указанием сведений, обязательных для включения в запрос на получение информации, касающейся обработки персональных данных), личного кабинета на официальном сайте Оператора или с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного Страховщиком (при наличии технической возможности). В случае подписания заявления об отзыве Согласия представителем Субъекта к заявлению должен быть приложен документ, подтверждающий соответствующие полномочия представителя (его сканированный образ).

11.11. Страхователь подтверждает, что ему в полном объеме ясны его права и обязанности в области персональных данных и ему полностью понятно значение перечисленных в настоящем Согласии терминов и их соответствие требованиям Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федерального закона от 30.12.2004 № 218-ФЗ «О кредитных историях», Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

11.12. Страхователю разъяснено, что при отзыве им Согласия Оператор вправе продолжить обработку его персональных данных в случаях, прямо предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

11.13. Страхователь также гарантирует наличие аналогичных Согласий иных лиц, персональные данные которых могут быть переданы Оператору и Партнерам Оператора, в том числе в связи с рассмотрением вопроса возможности и целесообразности заключения Страхователем договоров с Оператором и Партнерами Оператора, подготовкой к их заключению, заключением, исполнением и прекращением действия указанных договоров.

Страхователь гарантирует информирование лиц, указанных в пункте 11.13 настоящих Правил, о составе их персональных данных, переданных Оператору и Партнерам Оператора.

Страхователь обязуется по требованию Оператора в течение 1 (одного) рабочего дня предоставить Оператору указанные в пункте 11.13 настоящих Правил Согласия на обработку персональных данных в виде отдельных документов, составленных и оформленных в соответствии с законодательством Российской Федерации, способом, соответствующим требованиям законодательства Российской Федерации. Страхователь несет персональную ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательства, указанного в пункте 11.13 настоящих Правил.

11.14. Договором страхования могут быть определены иные (уточненные) условия обработки персональных данных, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

12. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 12.1. Договор страхования прекращается в случаях:
 - 12.1.1. Окончания срока действия договора страхования;
 - 12.1.2. Выполнения Страховщиком обязательств по договору страхования (осуществление страховой выплаты) в полном объеме до истечения срока страхования;
 - 12.1.3. По требованию Страхователя;
 - 12.1.4. По соглашению сторон;
 - 12.1.5. Получения Застрахованным лицом разрешения на проживание на территории страхования, за исключением договоров страхования с особым условием «Обучение», отраженным в графе «Особые условия» договора страхования (согласно пункту 4.4.6 настоящих Правил), если иное не предусмотрено договором страхования;

12.1.6. Ликвидации Страховщика или отзыва у него лицензии;

12.1.7. Иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

12.2. Особые условия отказа Страхователя – физического лица от договора страхования (период охлаждения).

При отказе Страхователя – физического лица (или законного наследника в случае смерти Страхователя – физического лица) от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения (далее по тексту – период охлаждения), при отсутствии событий, имеющих признаки страхового случая:

12.2.1. Уплаченная страховая премия возвращается Страхователю в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты подачи письменного заявления Страхователя (в том числе и по договорам комбинированного страхования, за исключением договоров страхования, указанных в пунктах 12.3.1, 12.3.2 настоящих Правил):

а) в полном размере при отказе от договора страхования до даты начала срока страхования;

б) с удержанием Страховщиком части страховой премии пропорционально сроку действия страхования при отказе от договора страхования после даты начала срока страхования.

12.2.2. В случае досрочного расторжения договора страхования по письменному требованию Страхователя, последний обязан уведомить Страховщика в письменной форме. Договор страхования считается прекращенным с 23 часов 59 минут даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от него, если в письменном заявлении не указана иная дата или не предусмотрены иные условия. При этом дата, указанная в заявлении, не может быть ранее даты отправления заявления посредством почтовой связи, указанной на почтовом штемпеле (при отправке заявления по почте) или даты вручения заявления Страховщику (нарочным).

12.3. Условия пункта 12.2 настоящих Правил не распространяются:

12.3.1. На договоры страхования, в которых указан только один страховой риск «Медицинская и экстренная помощь», предусматривающий оплату оказанной гражданину Российской Федерации, находящемуся за пределами территории Российской Федерации, медицинской помощи и (или) оплату возвращения его тела (останков) в Российскую Федерацию;

12.3.2. На осуществление добровольного страхования, являющегося обязательным условием допуска физического лица к выполнению профессиональной деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

12.4. В случае отказа Страхователя от договора страхования, указанного в пунктах 12.3.1. и 12.3.2 настоящих Правил, прекращение договора страхования проводится в соответствии с пунктом 12.5 настоящих Правил.

12.5. При отказе Страхователя от договора страхования по истечении «периода охлаждения», а также по договорам страхования, указанным в пункте 12.3 настоящих Правил, при условии уплаты в полном размере страховой премии по договору страхования, если иное не предусмотрено договором страхования:

12.5.1. До начала срока страхования по всем рискам, кроме риска «Отмена поездки», уплаченная Страховщику страховая премия подлежит возврату Страхователю в полном объеме в течение 45 (сорока пяти) рабочих дней с даты подачи заявления о прекращении договора страхования и полного комплекта документов, указанных в пункте 12.7 настоящих Правил. Возврат премии по риску «Отмена поездки» не производится.

12.5.2. После начала срока страхования по всем рискам, включая риск «Отмены поездки», уплаченная Страховщику страховая премия возврату не подлежит, за исключением случаев отказа консульских служб в выдаче визы либо несвоевременной выдачи консульской службой въездной визы при наличии подтверждающих документов, а также случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Подлежащая возмещению премия возвращается Страхователю в полном объеме в течение 45 (сорока пяти) рабочих дней с даты подачи заявления о прекращении договора страхования и полного комплекта документов, указанных в пункте 12.7 настоящих Правил.

12.5.3. В случае смерти Застрахованного лица:

12.5.3.1. Страховая премия подлежит возврату в полном размере, если его смерть

наступила до начала срока страхования;

12.5.3.2. Если в договоре страхования несколько Застрахованных лиц и смерть одного из Застрахованных лиц наступила до начала срока страхования, уплаченная Страховщику страховая премия за умершего Застрахованного лица подлежит возврату в полном размере. Возврат части страховой премии по остальным Застрахованным лицам, указанным в договоре страхования, производится в порядке, предусмотренном пунктами 12.5.1 и 12.5.2 настоящих Правил.

12.5.4. В случае отказа от договора страхования по причине непредоставления Страховщиком информации о договоре страхования в соответствии с пунктом 10.2 настоящих Правил, предоставления неполной или недостоверной информации о договоре страхования, и при отсутствии до момента отказа от страхования событий, имеющих признаки страхового случая, уплаченная страховая премия возвращается Страхователю в течение 7 (семи) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования с удержанием Страховщиком части страховой премии пропорционально сроку действия страхования.

12.6. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай (смерть Застрахованного лица или гибель багажа Застрахованного лица по обстоятельствам, не являющимся страховыми случаями). В этом случае Страховщик возвращает часть полученной страховой премии за неистекший срок действия договора страхования.

12.7. При подаче заявления о прекращении или об отказе от договора страхования Страхователь должен предъявить оригиналы либо копии документов:

12.7.1. Договор страхования (с оригинальной подписью документа Страхователем);

12.7.2. Документ, подтверждающий уплату страховой премии (кроме договоров страхования, оформленных онлайн);

12.7.3. Общегражданский паспорт Страхователя или иной документ, удостоверяющий личность;

12.7.4. Свидетельство о смерти (в случае отказа от договора страхования в соответствии с пунктом 12.5.3 настоящих Правил);

12.7.5. Реквизиты для возврата уплаченной страховой премии;

12.7.6. Документ из консульской службы об отказе в выдаче визы.

12.8. С прекращением договора страхования прекращается обязанность Страховщика по осуществлению страховых выплат в отношении страховых случаев, наступивших после момента прекращения договора страхования.

12.9. При прекращении договора страхования в связи с неуплатой очередного страхового взноса уплаченная страховая премия возврату не подлежит.

12.10. Возврат части страховой премии в случаях, предусмотренных настоящими Правилами, осуществляется Страхователю, а в случае его смерти – в соответствии с законодательством Российской Федерации.

12.11. При досрочном прекращении договоров страхования, в которых страховая премия установлена в иностранной валюте (условных единицах), возврат страховой премии производится в рублях по официальному курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату заключения договора страхования, если иное не предусмотрено договором страхования.

13. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

13.1. **Страхователь обязан:**

13.1.1. Ознакомиться с настоящими Правилами и довести их до сведения Застрахованных лиц.

13.1.2. Сообщить Страховщику при заключении договора страхования известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления в соответствии с пунктом 10.2 настоящих Правил;

13.1.3. Информировать Страховщика в период действия договора страхования о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. В случае если Страхователем не сообщены соответствующие сведения, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным и применения предусмотренных законодательством Российской Федерации последствий недействительности договора страхования;

13.1.4. Уплачивать страховую премию в размере и в сроки, установленные договором страхования;

13.1.5. В целях обеспечения возможности Страховщика по получению необходимых сведений и документов относительно обстоятельств наступления страхового случая, в соответствии с пунктом 3 статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предоставить Страховщику / Сервисной компании письменное разрешение на получение информации в медицинских организациях и иных учреждениях о поставленных Застрахованному лицу диагнозах, медицинских услугах, предоставленных Застрахованному лицу и другой информации, составляющей врачебную тайну и необходимую для урегулирования события, имеющего признаки страхового случая, и при необходимости содействовать в их получении. Эта обязанность также распространяется на Застрахованного лица;

13.1.6. Заявить Страховщику в письменной форме, своевременно, т.е. в течение 30 (тридцати) рабочих дней после наступления события, имеющего признаки страхового случая, произошедшего до начала поездки, или 30 (тридцати) рабочих дней после возвращения из поездки о его наступлении, указав в заявлении характер и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая.

13.2. Страховщик обязан:

13.2.1. Информировать Страхователя о наборе рисков и исключений по договору страхования, представить Страхователю настоящие Правила. Помимо этого, Страхователь может самостоятельно ознакомиться с настоящими Правилами на сайте Страховщика skgelios.ru.

13.2.2. Ознакомить Страхователя с содержанием настоящих Правил, а также дополнительными условиями, если они являются неотъемлемой частью Договора страхования, до заключения Договора страхования и вручить ему при заключении Договора страхования их экземпляр или предоставить ссылку на официальный сайт Страховщика, на котором размещены настоящие Правила. В случае, если Договор страхования заключается с использованием личного кабинета на официальном сайте Страховщика, указанные документы могут предоставляться посредством размещения в личном кабинете;

13.2.3. Предоставить и разъяснить положения, содержащиеся в настоящих Правилах и Договоре страхования, по требованию Страхователя, Выгодоприобретателя, а также лиц, имеющих намерение заключить Договор страхования;

13.2.4. Обеспечить возможность ознакомления Страхователя (потенциального Страхователя) с ключевым информационным документом, если его использование является обязательным, до заключения Договора страхования в соответствии с Внутренним стандартом «Порядок подготовки и использования ключевых информационных документов (КИД)», утв. Постановлением Президиума ВСС (Протокол от 03.07.2020 № 11);

13.2.5. По запросу Страхователя, позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, предоставить Страхователю копии Договора страхования (страхового полиса) или дубликат полиса-оферты и копии иных документов, являющихся неотъемлемой частью Договора страхования (настоящих Правил, дополнительных условий страхования), за исключением информации, не подлежащей разглашению. Страховщик обязан предоставить Страхователю указанные документы по действующим Договорам страхования бесплатно один раз. После выдачи дубликата утраченный документ считается недействительным и выплаты по нему не производятся;

13.2.6. При заключении Договора страхования проинформировать Страхователя об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, в том числе о возможности приема таких документов в электронной форме, своевременно проинформировать об изменениях таких адресов на официальном сайте, а также непосредственно Страхователя (Выгодоприобретателя) при его обращении. В случае

невозможности информирования Страхователя / Выгодоприобретателя до наступления события, имеющего признаки страхового случая, об адресах приема документов при наступлении таких событий, Страховщик предоставляет указанные сведения при обращении Страхователя (Выгодоприобретателя) посредством телефонной связи, по электронной почте, а также иным доступным способом;

13.2.7. Предоставить Страхователю по его запросу, позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, один раз по одному Договору страхования бесплатно заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащих возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением Договора страхования. К указанному расчету по запросу Страхователя прилагаются письменные или даются устные пояснения со ссылками на нормы права и (или) условия Договора страхования, настоящих Правил, на основании которых произведен расчет;

13.2.8. Информировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса в установленный в Договоре страхования срок или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со Страхователем при заключении Договора страхования;

13.2.9. Использовать согласованные со Страхователем при заключении Договора страхования способы взаимодействия для предоставления информации Страхователю (Выгодоприобретателю);

13.2.10. Обеспечить возможность взаимодействия со Страхователем (Выгодоприобретателем) способами, установленными Договором страхования, а также посредством телефонной и почтовой связи;

13.2.11. При признании заявленного события страховым случаем произвести страховую выплату в соответствии с условиями настоящих Правил и Договора страхования;

13.2.12. По устному или письменному запросу Страхователя (Выгодоприобретателя), в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий 30 (тридцати) календарных дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации Страхователя (Выгодоприобретателя) в соответствии с требованиями Федерального Закона от 27.06.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», бесплатно один раз по каждому страховому случаю после осуществления выплаты, предоставить информацию о расчете суммы страховой выплаты;

13.2.13. По письменному запросу Страхователя (Выгодоприобретателя), позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, в срок не превышающий 30 (тридцати) календарных дней с даты получения запроса, предоставить ему в письменном виде исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг Страхователя (Выгодоприобретателя), направленных на получение страховой выплаты), бесплатно один раз по каждому страховому случаю. Указанная информация и документы предоставляются в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству;

13.2.14. По письменному запросу Страхователя (Выгодоприобретателя), позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, в срок, не превышающий 30 (тридцати) календарных дней с даты получения запроса, бесплатно один раз по одному событию предоставляет документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), обосновывающие решение об отказе, за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя (Выгодоприобретателя), направленных на получение страховой выплаты;

13.2.15. При невозможности признания заявленного события страховым случаем и отказе в выплате страхового возмещения, освобождении Страховщика от выплаты страхового возмещения направить Страхователю (Выгодоприобретателю) соответствующее письменное уведомление с указанием причин принятого решения в сроки, установленные настоящими Правилами или Договором страхования;

13.2.16. Не разглашать сведения о Страхователе (Выгодоприобретателе) и лицах, указанных в Договоре страхования, и их имущественном положении за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

13.2.17. По письменному запросу Страхователя (Выгодоприобретателя),

являющегося субъектом персональных данных, предоставить ему или его законному представителю сведения о целях, сроках и способах обработки персональных данных, относящихся к соответствующему субъекту персональных данных;

13.2.18. Совершать другие действия (выполнять обязанности), предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации, Договором страхования и настоящими Правилами.

13.2.19. Сообщить Страхователю свой контактный телефон и (или) контактный телефон Сервисной компании;

13.2.20. Сообщить в письменной форме Страхователю (Застрахованному лицу) об увеличении сроков рассмотрения документов в целях принятия решения о признании / непризнании события страховым случаем (в случаях, перечисленных в пунктах 13.5.9, 13.5.10 настоящих Правил);

13.2.21. В случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты (далее – решение об отказе) Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия решения об отказе информирует Страхователя, Застрахованное лицо, Выгодоприобретателя в письменном виде об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и настоящих Правил, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству

13.3. Страхователь имеет право:

13.3.1. На получение информации о Страховщике в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;

13.3.2. На получение разъяснений условий страхования, своих прав и обязанностей по договору страхования.

13.3.3. Выбрать по своему желанию страховые риски из перечня рисков, предусмотренных настоящими Правилами.

13.3.4. Запросить у Страховщика информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

13.3.5. На получение страховой выплаты, если произошедшее событие является страховым случаем в соответствии с условиями, на которых был заключен договор страхования.

13.3.6. На получение дубликата договора страхования в случае его утраты, порчи;

13.3.7. Отказаться от договора страхования в любое время.

13.3.8. Договором страхования могут быть предусмотрены также иные права Страхователя.

13.4. Застрахованное лицо имеет право:

13.4.1. На получение услуг и возмещение расходов в соответствии с договором страхования;

13.4.2. На получение разъяснений от Страховщика положений настоящих Правил;

13.4.3. На информирование Страховщика о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления услуг по договору страхования.

13.5. Страховщик имеет право:

13.5.1. Требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для оценки степени риска при заключении Договора страхования и в течение срока действия Договора страхования.

13.5.2. Проверять сообщаемую Страхователем (Застрахованным лицом) информацию и выполнение Страхователем требований настоящих Правил и Договора страхования.

13.5.3. Давать Страхователю рекомендации по предупреждению страховых случаев.

13.5.4. Запросить при заключении договора страхования у Страхователя сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размеров возможных убытков от его наступления;

13.5.5. Потребовать заполнения Страхователем и (или) Застрахованным лицом заявления на страхование / медицинской анкеты и (или) представления необходимых документов и (или) прохождения медицинского обследования;

13.5.6. Произвести обследование лица, подлежащего страхованию или

получившего экстренные услуги, для оценки фактического состояния его здоровья или последствий страхового случая за счет Страхователя (Застрахованного лица);

13.5.7. Проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) информацию;

13.5.8. Проверять соблюдение Страхователем (Застрахованным лицом) условий договора страхования;

13.5.9. Направлять при необходимости для принятия решения о страховой выплате запросы в компетентные органы об обстоятельствах наступления страхового случая, а также по согласованию со Страхователем (Застрахованным лицом) запрашивать у его лица (Выгодоприобретателя, представителя Застрахованного лица) дополнительные сведения и документы, подтверждающие факт наступления и причину страхового случая;

13.5.10. Потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размеров возможных убытков от его наступления;

13.5.11. Потребовать от Застрахованного лица вернуть осуществленные выплаты, если событие, произошедшее с Застрахованным лицом, было признано Страховщиком страховым случаем, по нему были осуществлены выплаты, которые затем были признаны нестраховыми в связи с получением дополнительной информации, не предоставленной в момент принятия решения о признании наступившего с Застрахованным лицом события страховым случаем и о страховой выплате;

13.5.12. Применять к базовым страховым тарифам поправочные коэффициенты;

13.5.13. Проводить проверку всех представленных документов;

13.5.14. Рекомендовать Страхователю (Застрахованному лицу) посредством Сервисной компании:

а) самостоятельно обратиться в одну из официальных лицензированных медицинских организаций за медицинской помощью в экстренном (ургентном) порядке по жизненным показаниям с привлечением местной скоройпомощной медицины;

б) самостоятельно обратиться в официальную лицензированную медицинскую организацию за необходимой помощью за наличный расчет с сохранением всех документов по событию (перечень документов – пункт 15.17 настоящих Правил), имеющему признаки страхового случая, и с последующим обращением к Страховщику для принятия решения по вопросу возмещения потраченных средств;

13.5.15. Отсрочить страховую выплату при отсутствии необходимых документов и ответов на запросы, направленные Страховщиком в компетентные органы, до момента их получения.

13.5.16. При непредставлении лицом, обратившимся за страховой выплатой, банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, продлить (приостановить) срок осуществления страховой выплаты до получения Страховщиком указанных сведений. Страховщик обязан уведомить обратившееся лицо о факте приостановки и запросить у него недостающие сведения.

13.5.17. Отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации и настоящими Правилами.

13.5.18. Получить от Страхователя страховую премию в порядке, сроки и размере, определенные Договором страхования и настоящими Правилами.

13.5.19. При необходимости Страховщик имеет право требовать от Страхователя (Застрахованного лица) представления письменных объяснений и (или) имеющихся у них на руках документов. При этом Страхователь (Застрахованное лицо / его представитель) обязан незамедлительно переслать необходимые документы Страховщику согласованным со Страховщиком способом.

14. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

14.1. При наступлении событий, имеющих признаки страхового случая,

Застрахованное лицо или его представитель обязано(-н):

14.1.1. Принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры, чтобы уменьшить возможные убытки, и действовать так, как если бы застрахованные им лица, его имущество и (или) ответственность не были застрахованы;

14.1.2. Предоставлять Страховщику всю доступную и достоверную информацию и документацию, позволяющую судить о причинах и последствиях события, имеющего признаки страхового случая, характере и размере причиненного ущерба. Предоставление противоречивой, ложной или неполной информации и (или) непредоставление предусмотренных настоящими Правилами документов дает право Страховщику признать событие нестраховым случаем;

14.1.3. Выполнять обязанности, предусмотренные в договоре страхования и настоящих Правилах;

14.1.4. Если договором страхования предусмотрена франшиза в денежном выражении, в её размере за свой счет произвести доплату оказанных услуг;

14.1.5. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, с целью организации медицинской помощи при обращении Застрахованного лица по риску «Медицинская и экстренная помощь»:

14.1.5.1. Быть доступным для связи с круглосуточным центром помощи Страховщика, используя возможные способы связи;

14.1.5.2. Следовать всем указаниям Страховщика или Сервисной компании, включая устные указания сотрудника Сервисной компании, а также назначения и предписания уполномоченного Страховщиком или Сервисной компанией лечащего врача на территории страхования, далее – лечащий врач; получить медицинскую и иную помощь в соответствии с инструкциями сотрудника Сервисной компании;

14.1.5.3. Представлять Страховщику / Сервисной компании по первому требованию письменное согласие Застрахованного лица на обработку Страховщиком / Сервисной компанией и организациями, оказывающими медицинские и (или) иные услуги, персональных данных Застрахованного лица, в том числе персональных данных специальной категории, включая данные, составляющие врачебную тайну, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации с целью исполнения обязательств Страховщика по договору страхования;

14.1.5.4. Освободить лечащего врача и иной медицинский персонал, оказывающий услуги Застрахованному лицу, от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком / Сервисной компанией в части передачи информации, касающейся страхового случая;

14.1.5.5. Застрахованное лицо, его представитель или заинтересованное лицо обязано заблаговременно, в любое время суток до обращения / визита в медицинскую организацию, получения / организации иных услуг, предусмотренных настоящими Правилами, связаться с Сервисной компанией и проинформировать о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по указанным в договоре страхования телефонам для обеспечения со стороны Сервисной компании возможности своевременно организовать необходимую помощь, выдать необходимые рекомендации, либо для согласования самостоятельного обращения за необходимой помощью и расходов, связанных с ней, и сообщить / предоставить следующую информацию:

а) фамилия, имя Застрахованного лица, нуждающегося в помощи;

б) номер договора страхования;

в) время и обстоятельства происшедшего и характер требуемой помощи;

г) местонахождение Застрахованного лица и номер контактного телефона для обратной связи;

д) в отдельных случаях по требованию Страховщика или Сервисной компании представить любыми возможными способами копию, сканкопию или фотокопию полиса страхования и (или) данных загранпаспорта с отметками пограничных служб о пересечении границ при въездах / выездах на территорию страхования в период действия договора страхования, документ, являющийся основанием пребывания на территории наступления заявленного события (виза страны поездки, разрешение на пребывание и т.д.), для подтверждения того, что количество дней нахождения Застрахованного лица на территории

страхования на момент обращения не превышает количество дней, указанное в договоре страхования в графе «Количество застрахованных дней»;

е) доверенность на имя Страховщика / Сервисной компании на представление интересов по взысканию с третьих лиц расходов, понесенных Страховщиком в связи с заявленным событием. В случае отказа Страхователя (Застрахованного лица, его представителя) от представления такой доверенности Страховщик вправе отказать в оплате всех дальнейших расходов по случаю на основании ст. 965 Гражданского кодекса Российской Федерации;

14.1.5.6. Предъявить медицинскому персоналу полис страхования;

14.1.5.7. При невозможности связаться с Сервисной компанией в момент наступления страхового случая, сделать это при первой возможности и предъявить медицинскому персоналу полис страхования, не оплачивая при этом услуг, предлагаемых или оказанных третьими лицами, без получения официального подтверждения сотрудника Сервисной компании, зафиксировавшего обращение в базе данных;

14.1.5.8. Соблюдать предписания врача и распорядок, установленный медицинской организацией;

14.1.5.9. Самостоятельно получать дополнительные медицинские и иные документы, уточняющую, дополнительную информацию, имеющую отношение к страховому случаю, необходимую по требованию Страховщика;

14.1.5.10. В случае вызова врача к Застрахованному лицу – ожидать прихода врача по месту вызова; в случае консультации Застрахованного лица в медицинской организации – вовремя прибывать на организованный Сервисной компанией прием к врачу; если к моменту прихода врача Застрахованное лицо отсутствует по месту вызова и (или) отказывается от уже организованного визита / консультации врача, либо не является на организованный прием к врачу в медицинскую организацию, то все расходы по несостоявшейся консультации врача (по месту вызова или в медицинскую организацию) и все последующие медицинские расходы по данному страховому случаю Застрахованное лицо оплачивает самостоятельно. При этом Сервисная компания представляет координаты медицинской организации для самостоятельного обращения Застрахованного лица либо вызова врача по месту пребывания Застрахованного лица;

14.1.6. При наступлении события, имеющего признак страхового случая, по риску «Отмена поездки» своевременно обратиться, т.е. в течение 2 (двух) рабочих дней после наступления события, имеющего признаки страхового случая:

– к туроператору / турагенту за аннуляцией договора о реализации туристского продукта либо за изменением срока поездки по договору о реализации туристского продукта; по самостоятельно организованной поездке: в транспортную организацию – за аннуляцией проездных документов; в гостиницу – за аннуляцией брони номера в гостинице;

– к перевозчику в случае невозможности совершения (окончания) поездки по иным причинам, чем отмена или задержка рейса;

14.1.7. При наступлении события, имеющего признак страхового случая, по риску «Багаж»:

а) произвести все действия и оформить документы, необходимые для предъявления претензии перевозчику, ответственному хранителю, в т.ч. составить акт об утрате / пропаже / гибели багажа; подать претензию перевозчику;

б) обратиться на месте происшествия в уполномоченные органы (транспортной организации, компетентные органы) для получения документов, фиксирующих факт утраты / пропажи / гибели багажа (например, коммерческий акт, составляемый представителем перевозчика). Отказ указанных органов в составлении надлежащих документов также должен быть оформлен в письменном виде;

в) сообщить информацию о предпринятых перевозчиком и властями действиях по факту расследования обстоятельств причинения вреда;

г) представить Страховщику заявление на выплату по установленной Страховщиком форме только после получения от перевозчика / представителя перевозчика официального ответа (по установленной деловым оборотом перевозчика форме, в соответствии с действующими правилами урегулирования претензий у перевозчика) на претензию Застрахованного лица о возмещении убытков в связи с

утратой / пропажей / гибелью багажа перевозчиком. В заявлении должны быть указаны характер и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая.

14.1.8. При наступлении события, имеющего признак страхового случая по риску «Гражданская ответственность», – произвести действия, указанные в части 14.А раздела 14 настоящих Правил.

14.2. Документами, подтверждающими наступление события, имеющего признаки страхового случая, и (или) необходимыми для определения размера убытков, являются: копии загранпаспорта, медицинских документов по лечению, проездных документов, актов компетентных органов, письменные разъяснения.

14.3. При невыполнении Застрахованным лицом обязанностей, предусмотренных пунктом 14.1 настоящих Правил, расходы, понесенные непосредственно Застрахованным лицом / его представителем, не подлежат возмещению.

14.4. Невыполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований разделов 13 и 14 настоящих Правил может служить основанием для отказа в страховой выплате либо для уменьшения величины страховой выплаты в части убытков, не подтвержденных документально.

14.5. Договором страхования могут быть предусмотрены иные права и обязанности Сторон.

14.А. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ, ПО РИСКУ «ГРАЖДАНСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ»

14.6. При наступлении событий, которые могут послужить основанием для предъявления претензий к Застрахованному лицу со стороны третьих лиц о возмещении причиненного им вреда, Застрахованное лицо (его представитель) и (или) Страхователь кроме выполнения общих обязанностей, предусмотренных пунктами 13.1, 14.1.1 – 14.1.3 настоящих Правил, должно (-ен) выполнить дополнительно следующие действия:

14.6.1. Незамедлительно, в течение не более 24 (двадцати четырех) часов с момента предъявления обвинения, претензии и т.д., поставить в известность о случившемся Сервисную компанию любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения и выполнять все указания Сервисной компании;

14.6.2. Если Застрахованное лицо имеет информацию о предстоящем обвинении, следствии, расследовании, оно должно немедленно известить Страховщика либо Сервисную компанию;

14.6.3. В случае если Застрахованное лицо в силу обстоятельств не в состоянии связаться с Сервисной компанией или Страховщиком, он может поручить это своему представителю;

14.6.4. Без письменного согласия Страховщика либо Сервисной компании 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), не выплачивать никаких сумм в счет возмещения вреда, не давать обещаний оплаты или обсуждать условия любой претензии без письменного согласия Страховщика.

При невыполнении требований настоящего пункта Правил Страховщик имеет право отказать в страховой выплате.

14.7. При обращении за помощью, предусмотренной договором страхования, Застрахованное лицо (его представитель) и (или) Страхователь обязано(-н) сообщить следующую информацию:

14.7.1. Характер причиненного третьим лицам вреда;

14.7.2. Сведения о действиях, предпринятых участниками, вовлеченными в урегулирование страхового случая, и властями по факту причинения вреда.

14.8. При получении сообщения о наступлении событий, указанных в пункте 4.40 настоящих Правил, Страховщик принимает решение о целесообразности осуществления каких-либо действий со своей стороны и стороны Сервисной компании, направленных на защиту интересов Застрахованного лица.

14.9. При необходимости Страховщик и (или) Сервисная компания имеет право

требовать от Застрахованного лица либо Страхователя представления письменных объяснений и (или) имеющихся у них на руках документов. При этом Застрахованное лицо (его представитель) и (или) Страхователь обязано(-н) незамедлительно переслать необходимые документы согласованным со Страховщиком (Сервисной компанией) способом.

14.10. При получении каких-либо претензий, требований, повесток, приглашений на экспертизы и иных документов со стороны третьих лиц и (или) компетентных органов, связанных с фактом причинения вреда, Застрахованное лицо (его представитель) и (или) Страхователь обязано(-н) незамедлительно в течение 24 (двадцати четырех) часов уведомить об этом Страховщика и (или) Сервисную компанию по указанным в договоре страхования телефонам и переслать полученные документы посредством факсимильной или электронной связи на указанный Сервисной компанией номер и (или) электронный адрес.

14.11. При вынесении решения суда по делу о причинении вреда третьим лицам Застрахованное лицо (его представитель) и (или) Страхователь обязано(-н) незамедлительно в течение 24 (двадцати четырех) часов уведомить об этом Страховщика и (или) Сервисную компанию по указанным в договоре страхования телефонам и переслать имеющиеся на руках документы на указанный номер и (или) способом пересылки, указанными Сервисной компанией.

14.12. В случае если Страховщик сочтет необходимым назначение своего адвоката или иного уполномоченного лица для защиты интересов как Страховщика, так и Застрахованного лица, предоставить указанному лицу всю перечисленную в пунктах 14.7, 15.37 настоящих Правил информацию и документацию и выдать доверенность на право представлять интересы Застрахованного лица в суде.

В процессе ведения делопроизводства по факту причинения вреда Страхователь (Застрахованное лицо) и уполномоченные им представители обязаны следовать указаниям Страховщика и (или) Сервисной компании, если такие указания имели место.

14.13. Если неисполнение или ненадлежащее исполнение Застрахованным лицом либо Страхователем действий, указанных в части 14.А раздела 14 настоящих Правил, в том числе в части сроков информирования, привело к увеличению убытков от страхового случая, Страховщик имеет право отказать в части убытков, вызванных ненадлежащим исполнением Застрахованным лицом либо Страхователем своих обязанностей.

15. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

15.1. При наступлении страхового случая Страховщик обязан произвести страховую выплату (пункт 1.5.20 настоящих Правил) в порядке и на условиях, определенных настоящими Правилами.

15.2. Максимальный размер страховой выплаты по отдельному риску не может превышать величину страховой суммы по данному риску.

15.3. Порядок определения размера и осуществления страховой выплаты определен по каждому риску в соответствующих частях 15.А, 15.Б, 15.В, 15.Г, 15.Д раздела 15 настоящих Правил.

15.4. Страховая выплата Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) производится в рублях. По рискам «Отмена поездки», «Багаж» (в части расходов Застрахованного лица из-за задержки багажа) выплата облагается НДФЛ (в соответствии со ст. 213 Налогового кодекса Российской Федерации).

15.5. Возмещение расходов, выраженных в валюте иной, чем рубль Российской Федерации, производится в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации для данной валюты, установленному:

а) на дату страхового случая (первичное обращение за оказанием медицинской помощи) по страховому случаю по риску «Медицинская и экстренная помощь»;

б) на дату заключения договора страхования по страховому случаю по рискам: «Несчастный случай», «Отмена поездки», «Багаж», «Гражданская ответственность».

15.6. Возмещение расходов по риску «Медицинская и экстренная помощь» осуществляется:

— Застрахованному лицу – если расходы понесены Застрахованным лицом;

- законному представителю Застрахованного лица – если Застрахованное лицо – недееспособное лицо и расходы понесены представителем Застрахованного лица;
- Страхователю – если расходы понесены Страхователем;
- в случае если расходы понесены третьим лицом – расходы возмещаются непосредственно Застрахованному лицу либо его законному представителю, если Застрахованное лицо на момент наступления события является недееспособным лицом, либо третьему лицу, понесшему такие расходы, только по письменному заявлению от Застрахованного лица (его законного представителя).

15.7. Для решения вопроса о признании наступившего с Застрахованным лицом события страховым случаем и о страховой выплате Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель, наследники) обязан (-но, -ны) представить Страховщику письменное заявление с приложением к нему документов, полный перечень которых указан по каждому риску в соответствующих частях 15.А, 15.Б, 15.В, 15.Г, 15.Д раздела 15 настоящих Правил, а также представить документы, указанные в пункте 10.21 настоящих Правил, для обеспечения соблюдения требований к идентификации лица, обратившегося к Страховщику с заявлением о получении страховой выплаты (Страхователя, Выгодоприобретателя или их представителя).

15.8. По запросу Страховщика в случае необходимости к документам, составленным на иностранном языке, Страхователь (Застрахованное лицо, его представитель) прилагает перевод на русский язык, выполненный специализированной организацией, осуществляющей деятельность по переводу документов, если иное не предусмотрено договором страхования. Расходы по сбору указанных документов и их переводу оплачивает получатель выплаты. Данные расходы Страховщиком не возмещаются, если договором страхования не предусмотрено иное.

15.9. Страховая выплата производится в размере фактически понесенных расходов (реального ущерба), подлежащих возмещению по договору страхования, за вычетом франшизы, но не более страховой суммы и лимитов ответственности, установленных в договоре страхования по данному виду страхового риска и (или) расходов.

15.10. Срок подачи письменного заявления и представления оригинальных документов для получения страховой выплаты составляет 30 (тридцать) рабочих дней с даты возвращения из поездки или после наступления события, произошедшего до начала поездки. Если договором страхования предусмотрены многократные поездки, то подразумевается возвращение из поездки, во время которой произошел страховой случай.

15.11. С момента получения Страховщиком документов, необходимых и достаточных для установления факта, причин, обстоятельств страхового случая и размера убытка, указанных в соответствующих частях раздела 15 настоящих Правил (частях 15.А, 15.Б, 15.В, 15.Г, 15.Д) по каждому риску, Страховщик в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней принимает решение о признании или непризнании заявленного события страховым случаем. Страховщик вправе по своему усмотрению сократить перечень документов, необходимых и достаточных для установления факта, причин, обстоятельств страхового случая и размера убытка, указанных в соответствующих частях раздела 15 настоящих Правил (частях 15.А, 15.Б, 15.В, 15.Г, 15.Д) по каждому риску, и принять решение о признании события, наступившего с Застрахованным лицом, страховым случаем.

Страховая выплата производится лицу, имеющему право на ее получение, в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после принятия решения о признании заявленного события страховым случаем. В случаях, когда страховая выплата производится лицу / организации, оказавшему (-ей) услугу, страховая выплата производится в сроки и в порядке, согласованными с организацией-получателем. В случае принятия решения об отказе в страховой выплате письменное уведомление о принятом решении с обоснованием причин отказа направляется Страхователю (Застрахованному лицу) в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента принятия решения о непризнании заявленного события страховым случаем.

15.12. После осуществления страховой выплаты к Страховщику переходит в пределах выплаченной суммы право требования к лицу, ответственному за причиненный ущерб, за исключением рисков «Гражданская ответственность» и «Несчастный случай».

15.13. Если Страхователь (Застрахованное лицо) отказался от своего права требования к лицу, ответственному за убытки, возмещенные Страховщиком, или

осуществление этого права стало невозможным по вине Страхователя (Застрахованного лица), Страховщик освобождается от страховой выплаты полностью или в соответствующей части и вправе потребовать возврата излишне выплаченной суммы страховой выплаты.

15.14. У Страховщика не возникает правовых оснований / обязанности по выплате возмещения:

15.14.1. Если лицо, требующее получения страховой выплаты, не является Страхователем, Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем или представителем кого-либо из этих лиц по доверенности;

15.14.2. Если договор страхования является недействительным в соответствии с законодательством Российской Федерации;

15.14.3. Если заявленное событие (убыток) в действительности не имело места или не подтверждено соответствующими документами;

15.14.4. Если наступившее событие не отвечает признакам страхового случая, предусмотренного настоящими Правилами и (или) договором страхования;

15.14.5. Если заявленное событие наступило до момента начала действия страхования по договору страхования;

15.14.6. Если имеются основания для освобождения Страховщика от страховой выплаты, предусмотренные законодательством Российской Федерации;

15.14.7. Если не выполнены какие-либо условия, предусмотренные одним или несколькими из следующих разделов – 13, 14, 15, включая части 15.А, 15.Б, 15.В, 15.Г, 15.Д раздела 15 настоящих Правил, и такое неисполнение сказалось на обязанности Страховщика выплатить страховое возмещение в части событий и расходов, которые не подтверждены Страхователем, Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) документально, и отсутствие документов по факту наступления заявленного события не позволяет Страховщику установить соответствующий размер / часть убытков;

15.14.8. Если убыток возмещен третьими лицами (за исключением Страхователя, законного представителя Застрахованного лица / Страхователя);

15.14.9. Если Страхователь в одностороннем порядке отказался от исполнения обязательств по заключенному договору страхования.

15.15. В случае если Страховщику стало достоверно известно, что Застрахованное лицо отказалось предоставить согласие на обработку Страховщиком своих персональных данных, в том числе персональных данных специальной категории, включающих данные, составляющие врачебную тайну, или отозвало его, либо отказалось предоставить (отозвало) согласие на передачу медицинской организацией Страховщику информации об оказанных Застрахованному лицу медицинских услугах, установленных диагнозах, и в результате данных действий Страховщик не может установить обстоятельства и (или) причины обращения Застрахованного лица за получением медицинских и (или) иных услуг, ознакомиться с записями в медицинской документации, а также установить объем подлежащих оплате медицинских и (или) иных услуг, то такие действия признаются Страховщиком и Страхователем в качестве волеизъявления Страхователя и Застрахованного лица об отказе от услуг по страхованию **имущественных интересов лиц**, выезжающих за пределы ПМЖ, в отношении данного Застрахованного лица в рамках договора страхования, и данные услуги не подлежат оплате Страховщиком.

15.А. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ ПО РИСКУ «МЕДИЦИНСКАЯ И ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ»

15.16. Страховая выплата осуществляется в случае, если:

15.16.1. Застрахованное лицо получило медицинскую / медико-транспортную помощь, организованную и (или) согласованную Сервисной компанией / Страховщиком;

15.16.2. Застрахованное лицо самостоятельно оплатило счета за оказанную ему медицинскую (медико-транспортную, экстренную) помощь, согласованную с Сервисной компанией. При представлении неоплаченных счетов Застрахованное лицо обязано дать письменные объяснения. Неоплаченные счета, полученные по почте, должны быть представлены Страховщику или Сервисной компании в течение 10 (десяти) календарных дней с даты получения счета. Страховщик при признании события страховым случаем возмещает указанные расходы (или оплачивает счет) на основании письменного заявления

Страхователя (Застрахованного лица / иного уполномоченного им лица) и оригиналов документов;

15.16.3. Если сумма по неоплаченным счетам не превышает 1 000 у.е. / 30 000 руб., то страховая выплата осуществляется Застрахованному лицу на основании представленных подтверждающих оплату документов только после оплаты со стороны Застрахованного лица. Указанные расходы возмещаются с учетом расходов на комиссию банка и конвертацию валют.

15.17. К заявлению о страховой выплате с детальным описанием обстоятельств наступления случая и размера оплаченных расходов должны быть приложены оригиналы либо копии, заверенные нотариально, следующих документов (платежные документы – оригиналы):

15.17.1. Договор страхования (полис страхования) со всеми приложениями к нему;

15.17.2. Медицинские документы с указанием адреса и контактных данных медицинской организации и врача, содержащие сведения о дате обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья Застрахованного лица в момент обращения за медицинской помощью, диагнозе, о проведенных медицинских манипуляциях и предоставленных медикаментах с разбивкой по датам и стоимости, медицинские документы о несчастном случае; результаты проведенных исследований на состояние алкогольного, наркотического опьянения в случае травмы или ДТП, произошедшего при управлении Застрахованным лицом любым транспортным средством (если есть); листок нетрудоспособности (если есть); водительское удостоверение (если есть);

15.17.3. Медицинское свидетельство о смерти и (или) свидетельство о смерти, и (или) справку о смерти;

15.17.4. Аптечные чеки / счета об оплате медикаментов, выписанных лечащим врачом в связи с установленным диагнозом и назначением (рецепт) врача с указанием их перечня в счете / медицинском отчете;

15.17.5. Документы, подтверждающие факт оплаты медицинских услуг с указанием суммы, валюты, даты и способа платежа;

15.17.6. Официальные документы из компетентных органов (справки правоохранительных и судебных органов), подтверждающие факт несчастного случая (акт о наступлении несчастного случая) и обстоятельства происшествия;

15.17.7. Документы, подтверждающие факт оплаты телефонных переговоров (факсимильного сообщения) со Страховщиком или Сервисной компанией, или их представителями по номерам телефонов, указанным в договоре страхования;

15.17.8. Проездные документы, приобретенные Застрахованным лицом до начала поездки, или документы, подтверждающие их покупку;

15.17.9. Проездные документы для возвращения к ПМЖ;

15.17.10. Документы, подтверждающие обмен / сдачу проездных документов;

15.17.11. Билет (посадочный талон);

15.17.12. Заграничный паспорт с отметками пограничного контроля и документ, являющийся основанием пребывания на территории наступления заявленного события (виза страны поездки, разрешение на пребывание и т.д.);

15.17.13. Заключение юриста, подтверждающее обращение за первичной юридической консультацией по страховому событию; кассовый чек, подтверждающий факт оплаты консультации юриста;

15.17.14. Кассовый чек, подтверждающий факт оплаты расходов по поиску и оформлению / выписки дубликатов утерянных документов;

15.17.15. Документы правоохранительных и других компетентных органов, подтверждающие факт кражи или утраты паспорта, водительского удостоверения Застрахованного лица, проездных документов;

15.17.16. Документы правоохранительных органов, фиксирующие факт ДТП, протокол по делу об административном правонарушении, определение по делу об административном правонарушении, международный договор страхования автогражданской ответственности (Зеленая карта) / ОСАГО в случае ДТП (при наличии);

15.17.17. Документ, подтверждающий близкое родство с умершим;

15.17.18. Водительское удостоверение (если есть);

15.17.19. Путевка, санаторно-курортная карта, талон прибытия / убытия,

документы, подтверждающие размещение и получение услуг в санатории, базе отдыха, на курорте, в пансионате (в случае выезда Застрахованного лица – гражданина Российской Федерации в санаторий, на курорт, базу отдыха, в пансионат, находящиеся ближе, чем 100 км от границы населенного пункта, в котором Застрахованное лицо постоянно проживает);

15.17.20. Страховщик вправе сократить перечень документов для осуществления выплаты, перечисленных в пунктах 15.17.1 – 15.17.18 настоящих Правил.

15.18. Информация / документы компетентных органов Российской Федерации о состоянии здоровья (выписной эпикриз при стационарном лечении, заверенный подписью главного врача и гербовой печатью медицинской организации, выписка из карты амбулаторного больного).

15.Б. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ ПО РИСКУ «ОТМЕНА Поездки»

15.19. Страховая выплата осуществляется Застрахованному лицу (Страхователю), понесшему расходы вследствие отмены поездки, указанной в договоре страхования.

15.20. Для страховой выплаты по расходам, предусмотренным договором о реализации туристского продукта, указанным в пункте 4.17.1 настоящих Правил, если иное не предусмотрено договором страхования, при наступлении страхового случая Застрахованное лицо (Страхователь) обязано представить Страховщику заявление на выплату по установленной Страховщиком форме с приложением к нему оригиналов либо копий, заверенных нотариально, следующих документов (платежные документы – оригиналы):

15.20.1. Договор страхования (полис страхования) со всеми приложениями к нему;

15.20.2. Общегражданский паспорт, загранпаспорт и (или) иной документ, удостоверяющий личность Страхователя (Застрахованного лица), основания для пребывания в стране (виза страны поездки, разрешение на пребывание);

15.20.3. Договор о реализации туристского продукта, документы, подтверждающие получение туроператором / турагентом денежных средств на оплату договора о реализации туристского продукта; в случае реализации туристского продукта через туристическое агентство необходимо представить договор между туроператором и турагентством.

15.20.4. Документы, подтверждающие возврат туроператором / турагентом части денежных средств согласно положениям аннуляции поездки туроператором / турагентом в случае отмены поездки (калькуляция возврата и расходный кассовый ордер), содержащие в том числе дату подачи заявления от Страхователя (Застрахованного лица) об аннуляции поездки по договору о реализации туристского продукта и дату аннуляции поездки по договору о реализации туристского продукта туроператором / турагентом;

15.20.5. Официальное письмо на фирменном бланке от туроператора:

– с указанием стоимости тура (в том числе стоимости тура для каждого участника тура и всех участников тура) по договору о реализации туристского продукта;

– с расчетом (калькуляцией) суммы возврата стоимости поездки по договору о реализации туристского продукта за подписью директора и главного бухгалтера организации;

– с расчетом фактически понесенных туроператором / турагентом расходов, связанных с исполнением обязательств по договору о реализации туристского продукта, заверенному директором и главным бухгалтером организации, с указанием следующих данных: полной стоимости тура с разбивкой на услуги, включенные в тур из расчета: компонент тура, его сумма на всех участников тура по договору страхования / на 1 участника тура, а также сумма удержанных средств по причине аннуляции тура из расчета: компонент тура, удержанная сумма на всех участников тура по договору страхования / на 1 участника тура;

– с указанием услуг, оплаченных по договору о реализации туристского продукта, включая оплаченные штрафы за аннулирование поездки и прочие невозмещаемые расходы;

– с указанием в обязательном порядке даты обращения Страхователя к турагенту / туроператору за аннуляцией поездки по договору о реализации туристского продукта;

15.20.6. Справку от турагента о комиссионном вознаграждении по договору о реализации туристского продукта;

15.20.7. Перевозочные документы (проездные документы, приобретенные Застрахованным лицом до начала поездки, или документы, подтверждающие их покупку, проездные документы для возвращения на территорию Российской Федерации; документы, подтверждающие обмен / сдачу проездных документов; посадочные талоны и т.п.) транспортных компаний и других организаций, услугами которых воспользовался / не воспользовался Страхователь (Застрахованное лицо) в связи с отменой поездки, подтверждающие наличие убытков, связанных с аннулированием проездных документов, отказом от забронированного и оплаченного в гостинице номера и т.д.;

15.20.8. Претензии и иные документы, необходимые для предъявления претензии перевозчику и (или) организации, ответственным за задержку или отмену рейса;

15.20.9. Документы транспортных компаний в случае задержки или отмены рейса, подтверждающие факт и время задержки или отмены рейса, с отметкой перевозчика, включая номер рейса и место, где произошла задержка. Если выдача справки является платной услугой, то Страховщик не возмещает ее стоимость;

15.20.10. Документы и сведения, подтверждающие наступление предусмотренного договором страхования события у Застрахованного лица или его близких родственников, или лица, совершающего с Застрахованным лицом совместную поездку, необходимые для установления характера страхового случая, а именно:

15.20.10.1. При невозможности совершения поездки по причине:

а) смерти, внезапного острого заболевания, травмы, отравления: свидетельство о смерти; выписка из истории болезни из медицинской организации за период стационарного лечения (выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного), документы, подтверждающие родственную связь Застрахованного лица и близкого родственника, здесь и далее – свидетельство о браке, свидетельство о рождении, свидетельство об усыновлении ребенка, опекунское удостоверение (решение органа опеки о назначении лица опекуном или попечителем); официальные документы из компетентных органов, подтверждающие факт несчастного случая (акт о наступлении несчастного случая) и обстоятельства происшествия, если причиной наступления события явилось ДТП и Застрахованное лицо являлось водителем: результаты проведенных исследований на состояние алкогольного, наркотического опьянения, водительское удостоверение; листок нетрудоспособности;

б) травмы Застрахованного лица или лица, совершающего совместную поездку с Застрахованным лицом, или близкого родственника, сопровождающейся переломом кости (костей): выписка из истории болезни из медицинской организации за весь период лечения, выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного с указанием противопоказаний к осуществлению запланированной поездки; официальные документы из компетентных органов (справки правоохранительных и судебных органов), подтверждающие факт несчастного случая (акт о наступлении несчастного случая) и обстоятельства происшествия, результаты проведенных исследований на состояние алкогольного, наркотического опьянения; при необходимости ухода на дату начала поездки за близким родственником со стороны Застрахованного лица или лица, совершающего совместную поездку с Застрахованным лицом: документы, подтверждающие родственную связь Застрахованного лица и близкого родственника;

в) при особо опасных инфекциях, по заболеваниям, представляющих опасность для окружающих: выписка из истории болезни из медицинской организации за весь период лечения (выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного); документы, подтверждающие родственную связь Застрахованного лица и близкого родственника; при детских инфекциях: справка о нахождении на карантине по поводу перенесенного инфекционного заболевания; при амбулаторном лечении: выписка из истории болезни из медицинской организации за весь период карантинных мероприятий (выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного); документы, подтверждающие родственную связь Застрахованного лица и близкого родственника;

15.20.10.2. При уничтожении или повреждении жилого помещения – документы, подтверждающие право владения и/или пользования, и (или) распоряжения жилым помещением, оригинал заключения комиссии о признании помещения непригодным для постоянного проживания, документы компетентных органов, подтверждающие факт произошедшего события: оригиналы или заверенные копии документов из компетентных

органов (МЧС, МВД, эксплуатирующая организация (ДЭЗ и др.), полиция и др.);

15.20.10.3. При вызове в военкомат для призыва на срочную военную службу, на военную службу по мобилизации или военные сборы: повестка с подтверждением даты ее получения;

15.20.10.4. Для судебного разбирательства: повестка с подтверждением даты ее получения;

15.20.10.5. При отказе в получении въездной визы или несвоевременного получения визы – официальный отказ консульской службы / посольства (если таковой выдавался) и (или) оригинал загранпаспорта со штампом об отказе в выдаче визы или со штампом визы, открытой с даты после начала срока страхования, или другие документы консульских служб, подтверждающие наступление страхового случая;

15.20.10.6. При задержке Застрахованного лица по пути следования в аэропорт (вокзал, порт) по причине ДТП и (или) повреждения (поломки) транспортного средства: протоколы органов внутренних дел и (или) соответствующих административных служб, подтверждающие факт нанесения ущерба, документы из компетентных органов, подтверждающие причину и длительность задержки;

15.21. Для страховой выплаты по расходам, предусмотренным по самостоятельно организованной поездке, указанным в пункте 4.17.2 настоящих Правил, если иное не предусмотрено договором страхования, при наступлении страхового случая Застрахованное лицо (Страхователь) обязано(-н) представить Страховщику заявление на выплату по установленной Страховщиком форме с приложением к нему оригиналов либо копий, заверенных нотариально, следующих документов (платежные документы – оригиналы):

15.21.1. Договор страхования (полис страхования) со всеми приложениями к нему;

15.21.2. Общегражданский, заграничный паспорт и (или) иной документ, удостоверяющий личность Страхователя (Застрахованного лица), основания для пребывания в стране (виза страны поездки, разрешение на пребывание);

15.21.3. Выписка со счета банковской карты, заверенная печатью банка, с указанием даты списания средств, суммы и получателя либо документы, подтверждающие наличный расчет, отражающие оплату билетов, проживания в гостинице, штрафные санкции за отмену бронирования, возврат средств за сдачу неиспользованных проездных документов;

15.21.4. Распечатки подтверждения бронирования с идентификационным номером или кодом, указанием получателя услуги, стоимости бронирования и ссылкой на условия бронирования;

15.21.5. Информация / документы компетентных органов Российской Федерации, подтверждающие наступление страхового случая:

15.21.5.1. Выписной эпикриз, заверенный подписью главного врача и гербовой печатью медицинской организации, документы компетентных органов Российской Федерации;

15.21.5.2. Документ от перевозчика, подтверждающий задержку / отмену рейса с отметкой перевозчика, включая номер рейса и место, где произошла задержка, а также документ, подтверждающий, что рейс не являлся чартерным и был включен в глобальную дистрибутивную систему.

15.21.5.3. Документы из транспортной организации, подтверждающие расходы Страхователя (Застрахованного лица) в связи с аннуляцией / обменом проездных документов; документы из гостиницы, подтверждающие расходы Страхователя (Застрахованного лица) в связи с аннуляцией брони номера в гостинице, доплатой проживания в гостинице при переносе сроков поездки.

15.22. Страховая выплата производится:

15.22.1. По расходам, указанным в пункте 4.17.1 настоящих Правил, в размере разницы между фактически понесенными расходами Страхователя (Застрахованного лица), учтенными при определении страховой суммы, и суммой расходов, возвращенной туроператором / турагентом и (или) транспортной компанией, в случае своевременного обращения Застрахованного лица (в течение 2 (двух) календарных дней после события, препятствующего совершению поездки) за вычетом франшизы, но не более страховой суммы и лимитов ответственности, установленных в договоре страхования по данному виду риска и (или) расходов;

15.22.2. По расходам, указанным в пункте 4.17.2 настоящих Правил, в размере

суммы, удержанной соответствующей организацией при аннулировании бронирования (в случае обращения Застрахованного лица не позднее 2 (второго) дня после заявленного события) и не подлежащей возврату согласно условиям бронирования, опубликованным компанией перевозчика или гостиницей. Часть суммы, которая подлежит возврату компанией перевозчика или гостиницей при аннулировании бронирования, согласно опубликованным условиям бронирования, не является страховой выплатой и не возмещается.

15.В. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ ПО РИСКУ «НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ»

15.23. При наступлении событий, предусмотренных пунктом 4.24.1 настоящих Правил, размер страховой выплаты определяется в определенном проценте от страховой суммы в соответствии с Таблицей размеров страховых выплат по риску «Несчастный случай» (Приложение № 1 к настоящим Правилам).

15.23.1. По риску «Травма» страховая выплата не производится по повреждениям, не указанным в Таблице размеров страховых выплат по риску «Несчастный случай» (Приложение № 1 к настоящим Правилам).

15.24. При установлении Застрахованному лицу группы (категории) инвалидности (пункт 4.24.2 настоящих Правил) размер страховой выплаты определяется в следующих размерах от страховой суммы:

- 15.24.1. Лицу, не являвшемуся инвалидом до заключения договора страхования:
- 100% при установлении I группы инвалидности или категории «ребенок-инвалид» до достижения возраста 18 лет или 14 лет;
 - 80% при установлении II группы инвалидности или категории «ребенок-инвалид» сроком до 2 (двух) лет;
 - 60% при установлении III группы инвалидности или категории «ребенок-инвалид» сроком до 1 (одного) года.

15.24.2. Застрахованным лицом, являвшимся инвалидами до начала периода страхования, страховая выплата в указанных выше размерах производится при установлении более тяжелой группы инвалидности, чем установленная на дату начала периода страхования.

15.25. В связи со смертью Застрахованного лица (пункт 4.24.3 настоящих Правил) размер страховой выплаты составляет 100% страховой суммы.

15.26. При наступлении события, предусмотренного пунктом 4.24.4 настоящих Правил, размер страховой выплаты устанавливается в размере 0,2 (ноль целых две десятых) процента от страховой суммы за каждый день временной нетрудоспособности (по листу нетрудоспособности), считая с первого дня. Максимальное количество дней нетрудоспособности, за которое производится выплата, равно трехкратному количеству застрахованных дней страхования, но не более 90 (девяноста) дней, если иное не предусмотрено договором страхования.

15.27. Общий размер страховых выплат по риску «Несчастный случай» ограничен размером страховой суммы, установленной для Застрахованного лица по данному риску.

15.28. В случае если последствия одного несчастного случая с Застрахованным лицом обусловили реализацию последовательности нескольких страховых рисков, признанных страховыми случаями, то размер страховой выплаты по каждому очередному страховому случаю из этой последовательности уменьшается на сумму страховых выплат, ранее произведенных Страховщиком в связи с последствиями данного несчастного случая.

15.29. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по риску «Несчастный случай» Страховщику представляются Страхователем (Застрахованным лицом), а в случае смерти Страхователя (Застрахованного лица) его Выгодоприобретателем, а если он не назначен, то наследником (наследниками) Страхователя (Застрахованного лица), оригиналы либо копии, заверенные нотариально, следующих документов (платежные документы – оригиналы):

- а) договор страхования (полис страхования) со всеми приложениями к нему;
- б) документ, удостоверяющий личность заявителя;

в) письменное заявление о выплате по установленной форме с указанием достоверных обстоятельств, при которых произошло указанное в нем событие, а также полных банковских реквизитов и номера счета для перечисления страховой выплаты;

г) медицинские документы, подтверждающие факт получения Застрахованным лицом в период действия договора страхования травмы и (или) случайного острого отравления, обстоятельства их получения, диагноз, сроки лечения, лечебные и диагностические мероприятия;

д) первичные рентгенограммы, если травма сопровождалась костными повреждениями (вывихами, подвывихами, эпифизеолизами, переломами, отрывами костных фрагментов);

е) документы компетентных органов о расследовании обстоятельств получения Застрахованным лицом травмы, случайного острого отравления. Данные документы должны содержать информацию о факте наступления страхового случая с Застрахованным лицом и характере полученных им повреждений;

ж) акт о несчастном случае на производстве или аналогичный документ, составляемый на территории страхования, представляется при необходимости, когда должна быть установлена связь заявленного случая с исполнением Застрахованным лицом по договору страхования служебных обязанностей;

з) в случае установления инвалидности – справка органа медико-социальной экспертизы (МСЭ) об установлении Застрахованному лицу группы инвалидности; направление на медико-социальную экспертизу либо Протокол проведения медико-социальной экспертизы, либо обратный талон;

и) заверенная копия свидетельства органов ЗАГС о смерти Застрахованного лица – представляется в случае смерти;

к) медицинское свидетельство о смерти – представляется в случае смерти;

л) протокол патологоанатомического исследования или акт судебно-медицинской экспертизы (если исследование не проводилось – копия заявления родственников об отказе от вскрытия и копия справки патологоанатомического отделения, на основании которой выдается свидетельство о смерти);

м) свидетельство о праве на наследство – представляется только наследником или наследниками Страхователя (Застрахованного лица);

н) информация / документы компетентных органов Российской Федерации о состоянии здоровья (выписной эпикриз при стационарном лечении, заверенный подписью главного врача и гербовой печатью медицинской организации, выписка из карты амбулаторного больного);

о) листки нетрудоспособности или иной документ, подтверждающий факт и длительность временной утраты трудоспособности Застрахованного лица (документ, удостоверяющий временную утрату трудоспособности сотрудников МВД и военнослужащих). В случае если листок нетрудоспособности был открыт на территории иностранного государства, Страховщику представляется листок нетрудоспособности установленного в Российской Федерации образца;

п) результаты проведенных исследований на состояние алкогольного и (или) наркотического опьянения в случае травмы или ДТП, произошедшего при управлении Застрахованным лицом любым транспортным средством;

р) водительское удостоверение;

с) справка с места работы о том, что Застрахованное лицо на момент наступления события работает;

т) путевка, санаторно-курортная карта, талон прибытия / убытия, документы, подтверждающие размещение и получение услуг в санатории, базе отдыха, на курорте, в пансионате (в случае выезда Застрахованного лица – гражданина Российской Федерации в санаторий, на курорт, базу отдыха, в пансионат, находящиеся ближе, чем 100 км от границы населенного пункта, в котором Застрахованное лицо постоянно проживает).

15.30. Все документы из медицинских организаций или компетентных организаций должны быть представлены на соответствующем бланке и заверены подписью и соответствующей печатью, если документ составлен не на бланке, обязательным является штамп организации, выдавшей документ.

Все представленные Страховщику медицинские и иные документы, позволяющие установить факт наступления страхового случая с Застрахованным лицом, характер полученных им повреждений, должны быть представлены с проставленным на них апостилом.

15.31. Днем страховой выплаты считается дата списания средств со счета Страховщика в банке. Перевод подлежащих выплате сумм осуществляется за счет средств получателя.

15.32. Страховая выплата может быть произведена:

15.32.1. Застрахованному лицу;

15.32.2. Выгодоприобретателю в случае смерти Застрахованного лица;

15.32.3. Наследникам Застрахованного лица в случае, если:

— Застрахованное лицо умерло, не получив причитающуюся ему в соответствии с пунктами 4.24.1, 4.24.2 настоящих Правил страховую выплату;

— Выгодоприобретатель умышленно лишил жизни Застрахованного лица или умышленно причинил ему телесные повреждения, повлекшие его смерть;

— Выгодоприобретатель не был назначен или умер ранее Застрахованного лица;

— до принятия решения о страховой выплате в один день наступила смерть Застрахованного лица и Выгодоприобретателя;

15.32.4. Наследникам Выгодоприобретателя, если после смерти Застрахованного лица последовала смерть Выгодоприобретателя, и он не успел получить причитающуюся ему страховую выплату;

15.32.5. В соответствии с законодательством Российской Федерации.

15.33. Страховая выплата производится лицу, имеющему право на ее получение по договору страхования, независимо от сумм, причитающихся ему по другим договорам страхования, а также по обязательному социальному страхованию, социальному обеспечению и в порядке возмещения вреда.

15.Г. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ ПО РИСКУ «БАГАЖ»

15.34. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страховщику представляются Страхователем (Застрахованным лицом), оригиналы либо копии, заверенные нотариально, следующих документов (платежные документы – оригиналы):

15.34.1. Договор страхования;

15.34.2. Общегражданский паспорт либо иной документ (только для иностранных граждан или лиц без гражданства), миграционная карта, таможенная декларация, билет (посадочный талон);

15.34.3. Документы, подтверждающие передачу багажа перевозчику (багажная бирка);

15.34.4. Документы, переданные ранее Страховщику в виде копий в соответствии с требованиями пункта 13.5.19 настоящих Правил;

15.34.5. Претензия на имя компании перевозчика с отметкой о приеме претензии и иные документы, необходимые для предъявления претензии перевозчику, поданной в течение лимита времени, содержащегося и указанного в условиях перевозки перевозчика;

15.34.6. Заявление в полицию и талон-уведомление полиции о приеме заявления; постановление о возбуждении уголовного дела / об административном правонарушении по факту кражи / хищения багажа;

15.34.7. Коммерческий акт розыска багажа / PIR или иной документ, составленный перевозчиком / представителем перевозчика по факту, изложенному в поданной претензии по факту утраты (гибели) багажа, содержащий информацию о количестве мест утраченного / уничтоженного багажа;

15.34.8. Ответ от перевозчика / представителя перевозчика об удовлетворении поданной претензии по факту утраты (гибели) багажа и документы, подтверждающие получение полагающегося возмещения от перевозчика и (или) третьих лиц, либо об отклонении поданной претензии с указанием причин;

15.34.9. Документ, подтверждающий факт стихийного бедствия;

15.34.10. Документ, подтверждающий задержку багажа с отметкой перевозчика,

включая количество часов задержки.

15.35. Страховая выплата производится Застрахованному лицу, являющемуся собственником багажа, в размере страховой суммы и лимитов ответственности, установленных в договоре страхования.

15.36. Если возмещение за утраченный багаж Застрахованное лицо получило от третьих лиц (включая перевозчика, другую Страховую организацию и т.д.), Страховщик оплачивает разницу между суммой, подлежащей оплате по договору страхования, и суммой, полученной от третьих лиц. О получении таких сумм Застрахованное лицо обязано сообщить Страховщику.

15.Д. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ ПО РИСКУ «ГРАЖДАНСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ»

15.37. Для получения страховой выплаты Застрахованное лицо (Страхователь) обязано(-н) представить Страховщику в срок не позднее 30 (тридцати) календарных дней с даты наступления страхового случая Заявление на выплату по установленной Страховщиком форме с приложением к нему оригиналов либо копий, заверенных нотариально, следующих документов (платежные документы – оригиналы):

15.37.1. Договор страхования (полис страхования) со всеми приложениями к нему;

15.37.2. Заграничный паспорт либо иной документ (только для иностранных граждан или лиц без гражданства), содержащий отметки пограничного контроля о пересечении государственной границы Российской Федерации;

15.37.3. Вступившее в силу решение суда о возмещении вреда третьим лицам в случае, если дело о возмещении вреда урегулировалось в судебном порядке;

15.37.4. Документы, переданные ранее Страховщику и (или) Сервисной компании в виде копий или посредством факсимильной или электронной связи;

15.37.5. Письменные объяснения обстоятельств и иные документы, необходимые для подтверждения факта страхового случая и размера понесенных убытков (причиненного вреда);

15.37.6. Счета за телефонные переговоры с Сервисной компанией по номерам телефонов, указанным в договоре страхования.

15.37.7. Страховщик также имеет право самостоятельно запрашивать сведения, необходимые для решения вопроса о страховой выплате, в судебных и иных компетентных органах по месту причинения вреда;

15.37.8. Путевка, санаторно-курортная карта, талон прибытия / убытия, документы, подтверждающие размещение и получение услуг в санатории, базе отдыха, на курорте, в пансионате (в случае выезда Застрахованного лица – гражданина Российской Федерации в санаторий, на курорт, базу отдыха, в пансионат, находящиеся ближе, чем 100 км от границы населенного пункта, в котором Застрахованное лицо постоянно проживает).

15.38. Страховая выплата осуществляется:

15.38.1. Если Страхователь (Застрахованное лицо) в установленном порядке сообщил(-ло) о наступлении страхового случая и соблюдал все требования, предусмотренные частью 14.А раздела 14 настоящих Правил;

15.38.2. Пострадавшему третьему лицу, а в случае его смерти – наследникам, в части сумм, причитающихся в счет возмещения вреда жизни, здоровью и имуществу третьего лица;

15.38.3. Если Страхователь (Застрахованное лицо) с письменного согласия Страховщика самостоятельно урегулировал претензии третьих лиц, страховое возмещение выплачивается Застрахованному лицу (Страхователю) при условии представления документов, подтверждающих произведенные расходы и издержки;

15.38.4. Страхователю (Застрахованному лицу /лицу, чья ответственность застрахована) в части расходов по уменьшению вреда и судебных расходов;

15.38.5. В размере разницы между суммой, подлежащей возмещению третьим лицам по договору страхования, и суммой, компенсированной другими лицами, если причиненный в результате страхового случая вред компенсирован другими лицами (в т.ч. по договорам страхования имущества).

15.39. Если получателем страховой выплаты является третье лицо, то порядок и

форма страховой выплаты определяются по согласованию между Страховщиком и третьим лицом, которому был причинен вред. Застрахованное лицо (лицо, чья ответственность застрахована) имеет право получить у Страховщика всю информацию, касающуюся порядка и формы страховой выплаты третьему лицу.

16. ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ (ИНФОРМИРОВАНИЯ)

16.1. При заключении договора страхования на условиях настоящих Правил Страхователь (Выгодоприобретатель) и Страховщик (далее в целях настоящего раздела Правил совместно – Стороны, по отдельности – Сторона), если иное не предусмотрено договором страхования, предусматривают следующий порядок взаимодействия – порядок направления уведомлений, извещений, запросов, претензий, заявлений и иных документов (далее по тексту – уведомление).

16.2. Все уведомления, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Выгодоприобретателя) считаются направленными надлежащим образом, если они направлены при соблюдении одного из следующих условий:

16.2.1. Уведомление в письменном виде передано Страхователю (Выгодоприобретателю) на руки или направлено почтовым отправлением по адресу, указанному в договоре страхования или ином документе с контактными данными, поданном Страхователем (Выгодоприобретателем).

16.2.2. Уведомление направлено в виде электронного письма на адрес электронной почты, указанный в договоре страхования или ином документе с контактными данными, поданном Страхователем (Выгодоприобретателем).

16.2.3. Уведомление направлено в виде СМС-сообщения по номеру телефона, указанному в договоре страхования или ином документе с контактными данными, поданном Страхователем (Выгодоприобретателем) или в виде электронного сообщения Страхователю с использованием мобильного приложения;

16.2.4. Уведомление размещено в личном кабинете Страхователя на сайте Страховщика (при наличии технической возможности), о чем Страхователь проинформирован по электронной почте, путем направления СМС-сообщения или электронного сообщения с использованием мобильного приложения.

16.3. Все уведомления, направляемые Страхователем (Выгодоприобретателем) в адрес Страховщика в соответствии с настоящими Правилами, считаются направленными надлежащим образом, если они направлены при соблюдении одного из следующих условий:

16.3.1. Уведомление в письменном виде вручено работнику / представителю Страховщика или направлено почтовым отправлением по адресу, указанному в договоре страхования или на сайте Страховщика. Уведомление направляется с обязательной описью прилагаемых документов.

16.3.2. Уведомление направлено в виде электронного письма на адрес электронной почты, указанный в договоре страхования или на сайте Страховщика.

16.3.3. Уведомление размещено в личном кабинете Страхователя в соответствующем разделе официального сайта Страховщика (при наличии технической возможности).

16.4. В случае изменения адресов, номеров телефонов и (или) реквизитов Страхователь (Выгодоприобретатель) обязуется в срок не позднее 3 (трех) рабочих дней с момента такого изменения известить об этом Страховщика. Если Страховщик не был извещен об изменении адреса и (или) реквизитов другой стороны в указанный срок, то все уведомления и извещения, направленные Страхователю (Выгодоприобретателю) по прежнему известному адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

16.5. В договоре страхования Стороны могут согласовать иной порядок и способ направления уведомлений друг другу.

17. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

17.1. Все споры, вытекающие из договора страхования, разрешаются

Страхователем и Страховщиком путем переговоров, с обязательным направлением письменной досудебной претензии в соответствии с положениями раздела 16 настоящих Правил.

Претензия должна содержать сведения о заявителе (наименование, местонахождение, адрес); содержание спора и разногласий; сведения об объекте (объектах), в отношении которого возникли разногласия, расчет суммы претензии.

Сторона, получившая претензию, в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня ее получения обязана рассмотреть претензию и дать письменный ответ.

17.2. В досудебном порядке Страхователь (Выгодоприобретатель) имеет право обратиться к финансовому уполномоченному в соответствии с Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг».

Финансовый уполномоченный рассматривает обращения в отношении Страховщика, если размер денежных требований получателя страховых услуг не превышает 500 000 рублей, и если со дня, когда получатель страховых услуг узнал или должен был узнать о нарушении своего права, прошло не более 3 (трех) лет.

Финансовый уполномоченный не рассматривает обращения:

- 1) если обращение не соответствует вышеуказанным критериям;
- 2) если получатель страховых услуг предварительно не обращался к Страховщику;
- 3) если в суде, третейском суде имеется либо рассмотрено дело по спору между теми же сторонами, о том же предмете и по тем же основаниям;
- 4) находящиеся в процессе урегулирования с помощью процедуры медиации;
- 5) по которым имеется решение финансового уполномоченного или соглашение, принятое по спору между теми же сторонами (в том числе при уступке права требования), о том же предмете и по тем же основаниям;
- 6) в отношении финансовых организаций, у которых отозвана (аннулирована) лицензия, которые исключены из реестра финансовых организаций соответствующего вида или которые находятся в процессе ликвидации, ликвидированы, прекратили свое существование или были признаны фактически прекратившими свою деятельность;
- 7) по вопросам, связанным с банкротством юридических и физических лиц;
- 8) по вопросам, связанным с компенсацией морального вреда и возмещением убытков в виде упущенной выгоды;
- 9) по вопросам, связанным с трудовыми, семейными, административными, налоговыми правоотношениями, а также обращения о взыскании обязательных платежей и санкций, предусмотренных законодательством Российской Федерации;
- 10) направленные повторно по тому же предмету и по тем же основаниям, что и обращение, ранее принятое финансовым уполномоченным к рассмотрению;
- 11) содержащие нецензурные либо оскорбительные выражения, угрозы жизни, здоровью и имуществу финансового уполномоченного или иных лиц;
- 12) текст которых не поддается прочтению.

17.3. В случае если Страхователь и Страховщик не разрешили спор и (или) разногласия путем переговоров в досудебном претензионном порядке, а также если спор не подлежит рассмотрению финансовым уполномоченным или если финансовый уполномоченный не принял решение по обращению по истечении предусмотренного законом срока, прекратил рассмотрение обращения в соответствии законом, или если заявитель не согласился с вступившим в силу решением финансового уполномоченного, спор подлежит разрешению в суде, Арбитражном суде Краснодарского края в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.