



**РУССКИЙ СТАНДАРТ
СТРАХОВАНИЕ**

Приложение №1
к Приказу №7 от 30.01.2026г.



«УТВЕРЖДЕНО»
Генеральный директор

М.С. Копитайко

Первоначальная редакция:
от 31.08.2020г., утверждена Приказом № 54/1 от 31.08.2020г.

Последующие редакции:
от 30.01.2026г., утверждена Приказом № 7 от 30.01.2026г.

**ПРАВИЛА
СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ВЫЕЗЖАЮЩИХ
ЗА РУБЕЖ И ПУТЕШЕСТВУЮЩИХ ПО РОССИИ**

Правила страхования выезжающих за рубеж и путешествующих по России

1. Определения
2. Субъекты страхования. Объекты страхования. Территория страхования
3. Страховые риски. Страховые случаи
4. Исключения из страхового покрытия. Случаи отказа в страховой выплате
5. Порядок определения Страховой суммы, Страхового тарифа, Страховой премии
6. Порядок заключения, исполнения и прекращения договора страхования
7. Права и обязанности сторон
8. Порядок осуществления страховой выплаты
9. Документы, предоставляемые Страховщику при наступлении Страхового события
10. Форс-мажор
11. Прочие условия

ПРИЛОЖЕНИЯ:

1. Дополнительные условия страхования от Несчастного случая

Настоящие Правила страхования жизни и здоровья выезжающих за рубеж и путешествующих по России (далее - Правила страхования) разработаны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации (далее - РФ) и определяют условия заключаемых на их основании договоров страхования.

1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Указанные ниже понятия используются в Правилах страхования в следующих значениях:

Близкие родственники – совершеннолетние дети, родители, супруг(а) Застрахованного лица.

Внезапное острое заболевание – неожиданно возникшее во время Застрахованной поездки острое заболевание, требующее Медицинской помощи, оказываемой в экстренной форме, или Медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме.

Врач – специалист, с законченным медицинским образованием, действующий в соответствии с лицензией (сертификатом) на осуществление медицинской деятельности.

Выгодоприобретатель – выгодоприобретателем по Договору страхования является Застрахованное лицо.

Дата окончания Застрахованной поездки (Запланированный отъезд) – дата отправления Застрахованного лица из Региона/Страны временного пребывания в Регион/Страну постоянного проживания, указанная в Проездных документах Застрахованного лица.

При отсутствии Проездных документов, Датой окончания Застрахованной поездки считается последний день срока Застрахованной поездки, указанной в Договоре страхования/Страховом сертификате.

В любом случае, Дата окончания Застрахованной поездки не может быть позднее последнего дня действия Договора страхования.

Договор страхования – договор, заключенный между Страхователем и Страховщиком на основании Правил страхования, в соответствии с которым Страховщик обязуется за обусловленную договором плату (Страховую премию), уплачиваемую Страхователем, при наступлении Страхового случая произвести Страховую выплату.

Застрахованная поездка – нахождение Застрахованного лица на Территории страхования в период, указанный в Договоре страхования/Страховом сертификате.

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

Медицинская помощь (Медицинские услуги) - лечебно-диагностические мероприятия, проводимые с учетом конкретной ситуации: в условиях выезда медицинских работников к Застрахованному лицу, в амбулаторных условиях, в условиях дневного или круглосуточного стационара, телемедицинские услуги.

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

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

Медико-транспортные услуги – услуги по Медицинской транспортировке и/или Медицинской репатриации или Медицинской эвакуации.

Медицинская репатриация - транспортировка Застрахованного лица и одного сопровождающего его лица (если такое сопровождение предписано Врачом или Застрахованное лицо является Несовершеннолетним) из Страны временного пребывания до ближайшего к Региону постоянного проживания Застрахованного лица аэропорта или вокзала.

Медицинская транспортировка – доставка Застрахованного лица в Медицинское учреждение, перемещение Застрахованного лица из одного Медицинского учреждения в другое Медицинское учреждение или транспортировка Застрахованного лица из Медицинского учреждения до места его временного проживания на Территории страхования.

Медицинская транспортировка осуществляется по согласованию со Страховщиком доступным видом транспорта в пределах Территории страхования и при наличии медицинских показаний и/или по решению Страховщика.

Медицинское учреждение – специализированная медицинская организация, имеющая лицензию на осуществление соответствующей медицинской деятельности, укомплектованная необходимым медицинским персоналом и обеспечивающая предоставление амбулаторных и/или стационарных медицинских услуг.

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

Несовершеннолетнее лицо (ребенок) – несовершеннолетние Застрахованные лица, которым в соответствии с законодательством страны отправления или по правилам перевозчика требуется сопровождение взрослого.

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

Не относятся к Несчастливым случаям любые формы заболеваний.

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

Опьянение - состояние организма, вызванное приёмом алкоголя, его заменителей или суррогатов, психотропных, токсических и/или наркотических веществ в любых количествах (за исключением принятия лекарственных средств в строгом соответствии с назначением врача).

Отравление – острое, одномоментное расстройство жизнедеятельности организма диагностированное Врачом и возникшее вследствие попадания из внешней среды и действия на организм Застрахованного лица яда, токсина или инфекционного агента.

К Отравлению не относятся: любое хроническое отравление, хроническая экзогенная интоксикация любым, в т. ч. неустановленным веществом, эндогенное отравление (вследствие внутренних причин при хронической патологии), острое или хроническое отравление спиртами, суррогатами алкоголя, психотропными, токсическими и/или наркотическими средствами, медицинскими препаратами, не назначенными Врачом.

Плановая медицинская помощь – Медицинские услуги, которые не требуют оказания Медицинской помощи в Экстренной или Неотложной форме и их можно отложить до возвращения в Страну/Регион постоянного проживания, а также следующие виды Медицинских услуг включая, но не ограничиваясь:

- рекомендованное обследование и/или лечение, в том числе хирургическое, которое может быть выполнено в отложенном периоде, даже если указанные мероприятия связаны с произошедшим Страхованием случаем;

- диспансеризация, общие медицинские осмотры, обследование и медицинские назначения с профилактическими целями, проведение вакцинации (кроме бешенства или столбняка или введения иммуноглобулина в т.ч. при укусе клеща, рекомендованных/выполненных по экстренным показаниям), динамическое наблюдение, восстановительное лечение, оздоровительное и реабилитационное лечение;

- проведение физиотерапии, массажа, мануальной терапии, восстановительных занятий на тренажерах, ЛФК, бассейн, водолечение, гелиотерапия, солярий, лазеротерапия, нетрадиционные методы лечения в т.ч. рефлексотерапии (акупунктура и иглорефлексотерапия), гирудотерапия, хиропрактики, гомеопатия, фито- и натуротерапия;

- проведение медицинских консультаций с целью выдачи рецепта на лекарство, линзы, очки (в т.ч. подбор очков) или иное медицинское оборудование;

- косметическая, пластическая и восстановительная хирургия, протезирование при восстановлении внешнего вида и функциональности, включая зубное и глазное, при потере конечности и тому подобное;
- связанные со вспомогательными репродуктивными технологиями, контрацепцией, стерилизацией (или обратной процедурой), диагностикой и лечением бесплодия, оплодотворением или другими формами искусственной репродукции, вазэктомией, изменением пола, расстройствами сексуальной сферы;
- иммунологическое обследование и лечение;
- лабораторные исследования на: липиды крови, содержание витаминов и микроэлементов (кроме показателей водно-электролитного баланса), ДНК-диагностику, аллергологические панели, онкомаркеры, генетические исследования, определение уровня иммуноглобулина Е, исследование гормонального профиля;
- бактериологические исследования отделяемого на чувствительность микрофлоры к антибиотикам, при амбулаторном лечении (кроме посевов раневого отделяемого);
- исследования при амбулаторном лечении, результат которых будет готов после окончания Застрахованной поездки, кроме случаев, когда это необходимо для получения формы ФТФ.

Проездные документы – транспортные билеты, приобретенные на имя Застрахованного лица с целью совершения им Застрахованной поездки.

Регион постоянного проживания – населенный пункт, находящийся в Стране постоянного проживания, который определяется, на основании отметки о регистрации Застрахованного лица по месту жительства в общегражданском паспорте/разрешении и/или виде на жительство, выданных Застрахованному лицу уполномоченными государственными органами/иных документов, подтверждающих законные основания пребывания Застрахованного лица в Стране постоянного проживания.

Регион временного пребывания – населенный пункт РФ, не являющийся Регионом постоянного проживания Застрахованного лица, находящийся в пределах Территории страхования.

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

Сервисная компания – специализированная организация, которая по поручению Страховщика круглосуточно обеспечивает организацию Медицинской помощи и Медико-транспортных услуг Застрахованным лицам.

Срочное сообщение – обращение Застрахованного лица, Страхователя и/или Третьих лиц, в Сервисную компанию и/или к Страховщику посредством телефонной связи по причине наступления с Застрахованным лицом Страхового случая.

Срок страхования - период времени, в течение которого произошедшее с Застрахованным лицом на Территории страхования событие может быть признано Страховым случаем.

Стоматологическая помощь в экстренной или неотложной форме (Стоматологическая помощь) – медицинская помощь, оказываемая при острой зубной боли (в том числе сопровождающаяся локальным отеком и повышением температуры), отсрочка оказания которой на неопределенное время повлечет за собой ухудшение состояния здоровья или угрозу жизни Застрахованного лица.

Страна временного пребывания – страна (регион), находящаяся в пределах Территории страхования.

Страна постоянного проживания - страна или страны, которые являются постоянным местом жительства Застрахованного лица.

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

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

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

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

Страховой сертификат – документ выдаваемый лицу, застрахованному по коллективному Договору страхования.

Страховой случай - совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести Страховую выплату.

Страховая выплата – денежная сумма, которая определена и выплачивается в порядке, установленном Правилами страхования и Договором страхования при наступлении Страхового случая.

Страхователь – юридическое лицо или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования.

Страховщик – Акционерное общество «Русский Стандарт Страхование», имеющее лицензию на осуществление добровольного страхования соответствующего вида.

Территория страхования – территория и/или страна, указанная в Договоре страхования, произошедшее в пределах которой и в Срок страхования событие, может быть признано Страховым случаем.

Для граждан РФ не является Территорией страхования Регион постоянного проживания Застрахованного лица, и зона в радиусе 90 км от Региона постоянного проживания, если иное не предусмотрено Договором страхования.

Для граждан РФ, имеющих гражданство других стран и граждан других стран - не являются Территорией страхования страны, гражданином которых является Застрахованное лицо, в которых оно имеет вид на жительство, в которые въезжает с целью получения вида на жительство по иммиграционному типу визы или со статусом беженца.

Травма - телесное повреждение, полученное Застрахованным лицом в результате Несчастного случая.

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

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

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Субъектами страхования являются Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо.

2.2. Страхователь вправе заключать со Страховщиком Договоры страхования в пользу третьих лиц (Застрахованные лица).

2.3. Если иное лицо не указано в Договоре страхования в качестве Застрахованного лица, Застрахованным лицом по Договору страхования является Страхователь.

2.4. Выгодоприобретателем по Договору страхования является Застрахованное лицо.

2.5. Объектами страхования являются не противоречащие действующему законодательству РФ имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с оплатой организации и оказания Медицинской помощи, Медико-транспортных и иных услуг (риск «Страхование Медицинских, Медико-транспортных и иных услуг»).

2.6. При страховании дополнительных рисков, указанных в п.3.7. Правил страхования, объектами страхования являются не противоречащие законодательству РФ имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного лица, а также связанные со смертью Застрахованного лица в результате Несчастного случая.

2.7. Территория страхования определяется Договором страхования.

2.7.1. Не могут являться Территорией страхования:

2.7.1.1. государства, на территории которых ведутся военные действия; 2.7.1.2. территории государств, на которых введен режим КТО (контртеррористической операции) или режим ЧС (чрезвычайных ситуаций);

2.7.1.3. государства, на территории которых обнаружены и действуют очаги эпидемии, если Договором страхования не предусмотрено иное;

2.7.1.4. государства или территории, признанные РФ нежелательными или небезопасными для их посещения, если Договором страхования не предусмотрено иное.

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

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

3.2. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести Страховую выплату.

3.3. По Договору страхования, заключенному на основании Правил страхования Страховым случаем признается наступление событий, указанных в п. 3.4.- 3.9. Правил страхования и не относящихся к исключениям, указанным в разделе 4 Правил страхования.

3.4. По риску **«Страхование Медицинских, Медико-транспортных и иных услуг»** – организация оказания Медицинских, Медико-транспортных услуг и иных услуг в Экстренной и Неотложной форме и оплата таких услуг, в связи с наступлением с Застрахованным лицом Несчастного случая, заболеванием Застрахованного лица (Внезапным острым заболеванием или Обострением Хронического заболевания), Отравлением Застрахованного лица или в связи с его смертью в период Застрахованной поездки.

3.5. **Организация оказания Медицинских, Медико-транспортных и иных услуг** в связи с наступлением с Застрахованным лицом событий, указанных в п. 3.4. Правил страхования включает:

3.5.1. Медицинскую помощь в виде:

- а) консультаций Врача и лечения в амбулаторных или стационарных условиях;
- б) проведения по назначению Врача диагностических (в том числе лабораторных) исследований и медицинских манипуляций;
- в) оперативного (хирургического) лечения (включая металлоконструкции, используемые при неотложных оперативных вмешательствах при переломах костей, замещении костных дефектов);
- г) визита Врача к Застрахованному лицу по медицинским показаниям, если такая услуга предоставляется по месту пребывания на Территории страхования. При этом необходимый вид Медицинской помощи (визит Врача к Застрахованному лицу или организация амбулаторной Медицинской помощи) определяет Страховщик, с учетом конкретной ситуации и возможностей на Территории страхования;
- д) дистанционной теле/видео медицинской консультации;
- е) назначения Врачом медикаментов, перевязочных средств;
- ж) введения иммуноглобулина и/или вакцины от бешенства или столбняка или клещевого энцефалита, выполненные по экстренным показаниям;
- з) предоставления средств фиксации определенной модели: ортез, бандаж, лонгета, гипс, в лимите, не превышающем эквивалент 100 (ста) у.е. валюты Договора страхования за каждую поврежденную область. Расчет производится в российских рублях в соответствии с п. 8.10. Правил страхования;
- и) приобретения для Застрахованного лица костылей, или трости, или аренды инвалидной коляски на рекомендованный Врачом срок, но не превышающий дату окончания Застрахованной поездки и/или Медицинской репатриации или Медицинской эвакуации.

3.5.2. Стоматологическую помощь, а именно:

- а) болеутоляющее лечение естественного зуба при травме зуба в результате Несчастного случая;
- б) болеутоляющее лечение естественного зуба и связанное с ним пломбирование/удаление при остром воспалении зуба и окружающих зуб тканей.

К состояниям, требующим оказания Стоматологической помощи относятся включая, но не ограничиваясь: пульпит (острый или обострение хронического), острый периодонтит, вывих или перелом зуба, средний и/или глубокий кариес, стоматит, флегмона, абсцесс, флюс, остеомиелит.

К состояниям, не требующим оказания Стоматологической помощи относятся включая, но не ограничиваясь: плановое лечение, лечение выявленного стоматологом поверхностного

кариеса, повышенная чувствительность, периодическая болезненность зубов, хронические заболевания зубов и окружающих их тканей, лечение у ортодонта, любые формы снятия зубного налета и камней, выпадение и установка виниров, коронок, ретейнеров или их аналогов.

3.5.3. Медико-транспортные и иные услуги (исключая перемещение от/до круизных и/или иных судов) в виде:

3.5.3.1. Медицинской транспортировки:

а) до ближайшего, соответствующего состоянию Застрахованного лица, Медицинского учреждения на Территории страхования при оказании первичной Медицинской помощи и наличии соответствующих медицинских показаний к Медицинской транспортировке;

б) по согласованию со Страховщиком, из Медицинского учреждения до места временного проживания, при состояниях, требующих иммобилизации или в других случаях, при наличии указанных Врачом медицинских показаний к Медицинской транспортировке;

в) по согласованию со Страховщиком из одного Медицинского учреждения в другое Медицинское учреждение соответствующего профиля, если такой перевод обоснован медицинской необходимостью для Застрахованного лица;

г) по инициативе Страховщика, если:

- стоимость услуг, связанных с пребыванием Застрахованного лица в Медицинском учреждении несоразмерно выше стоимости аналогичных услуг в иных Медицинских учреждениях;
- Медицинское учреждение отказало в предоставлении услуг;
- Страховщик выявил отсутствие у Медицинского учреждения лицензии на осуществление определенных видов медицинской деятельности;
- Медицинское учреждение отказывает Страховщику в предоставлении информации о стоимости услуг, контроле качества услуг, объеме оказываемой Медицинской помощи.

3.5.3.2. Медицинской репатриации или Медицинской эвакуации транспортным средством, указанным в форме разрешения к Медицинской репатриации Fit-to-fly (ранее и далее - ФТФ), с Территории страхования до Региона постоянного проживания Застрахованного лица или до ближайшего Медицинского учреждения в Регионе постоянного проживания Застрахованного лица.

Медицинская репатриация или Медицинская эвакуация осуществляется исключительно в случаях, когда они предварительно согласованы и/или организованы Страховщиком.

Застрахованное лицо и сопровождающее его лицо обязаны вернуть (сдать) неиспользованные Проездные документы. Страховщик вправе вычесть из суммы оплаты услуг по Медицинской эвакуации подлежащую возврату стоимость неиспользованных Проездных документов.

Сопровождение Застрахованного лица организуется при указании в ФТФ на такую необходимость в виде:

а) медицинского сопровождения организованного Сервисной компанией;

б) немедицинского сопровождения организованного в виде:

- проезда в один конец экономическим классом одного сопровождающего взрослого лица, находящегося с Застрахованным лицом в одной поездке, в случае, когда нельзя воспользоваться имеющимися проездными документами;
- проезда в оба конца экономическим классом одного сопровождающего взрослого лица, в случае, когда Застрахованное лицо находилось в поездке самостоятельно.

Страховщик вправе организовать и оплатить соответствующее сопровождение Застрахованного лица, в случае, когда выезд сопровождающего взрослого за Застрахованным лицом по объективно подтвержденным причинам невозможен.

Сопровождение Застрахованного лица может быть организовано без отдельного указания на такую необходимость в ФТФ, если Застрахованным лицом является Несовершеннолетнее лицо.

3.5.3.2.1. Медицинская эвакуация осуществляется при наступлении Страхового случая и необходимости продолжения лечения Застрахованного лица в Медицинском учреждении

Страны постоянного проживания, на основании полученного разрешения ФТФ к Медицинской эвакуации в период или после окончания Застрахованной поездки.

Медицинская эвакуация осуществляется до ближайшего к Региону постоянного проживания Застрахованного лица Медицинского учреждения соответствующего профиля.

В случае превышения стоимости Медицинской эвакуации размера Страховой суммы, Страховщик несет ответственность в пределах Страховой суммы и вправе согласовать Застрахованному лицу Медицинскую эвакуацию в любое ближайшее Медицинское учреждение Страны/Региона постоянного проживания, соответствующего профиля.

Организация оказания Медицинских, Медико-транспортных и иных услуг после Медицинской эвакуации Застрахованного лица Страховщиком не осуществляется и не оплачивается.

3.5.3.2.1.1. Медицинская эвакуация до окончания срока Застрахованной поездки осуществляется при одном или нескольких условиях:

а) при отсутствии на Территории страхования возможности предоставления Застрахованному лицу требуемой Медицинской помощи;

б) в случаях, когда стоимость услуг по пребыванию Застрахованного лица в Медицинском учреждении может превысить Страховую сумму и нет жизненных противопоказаний к Медицинской эвакуации;

в) в случаях, когда стоимость лечения на Территории страхования значительно превышает стоимость Медицинской эвакуации;

г) по инициативе Страховщика, при необходимости продолжения лечения после купирования состояния угрожающего жизни Застрахованного лица, либо при неоправданно длительном лечении Внезапных острых заболеваний, Травм, Отравлений, Обострении Хронических заболеваний осуществляемых на Территории страхования, при условии отсутствия жизненных противопоказаний к Медицинской эвакуации.

3.5.3.2.2. Медицинская репатриация осуществляется в случаях:

а) если отъезд Застрахованного лица должен состояться ранее даты Запланированного отъезда в связи с необходимостью неотложного хирургического лечения, либо по инициативе Страховщика для продолжения неотложного лечения в Стране постоянного проживания после устранения угрозы жизни Застрахованного лица;

б) если Запланированный отъезд Застрахованного лица не состоялся, по причине наступления Страхового случая, повлекшего необходимость нахождения Застрахованного лица на лечении в условиях круглосуточного стационара или его нахождения на карантине при лечении инфекционного заболевания;

в) если предписанные Врачом условия транспортировки Застрахованного лица отличаются от условий, предусмотренных имеющимися у Застрахованного лица Проездными документами.

3.5.3.2.2.1. Страховщик вправе согласовать Медицинскую репатриацию в случаях, если на дату Запланированного отъезда:

- стационарное лечение Застрахованного лица окончено, но ему на определенный Врачом срок противопоказан перелет;

- Застрахованное лицо пропустило Запланированный отъезд в связи с состоянием здоровья, потребовавшим вызова скорой медицинской помощи (далее – СМП), хоть и не повлекшего запрета к перелету, но ставшего причиной опоздания на посадку и пропуска Запланированного отъезда;

- Застрахованное лицо находилось на амбулаторном лечении после вызова СМП или после краткосрочной госпитализации (дневной стационар) и Врачом установлен запрет на перелет на конкретный период времени, включающий дату Запланированного отъезда.

3.5.3.3. Посмертной репатриации тела, организованной или согласованной Сервисной компанией, в связи со смертью Застрахованного лица, при условии, что смерть Застрахованного лица наступила в результате Страхового случая, включая следующие услуги:

а) хранение тела Застрахованного лица до его транспортировки;

б) подготовку тела Застрахованного лица в соответствии с требованиями международных/региональных перевозчиков к транспортировке;

в) вскрытие тела и получение заключения о причине смерти Застрахованного лица, в случае, если вскрытие тела требовалось для его транспортировки в соответствии с требованиями международных/региональных перевозчиков или по инициативе Страховщика для определения Страхового случая;

г) кремацию тела Застрахованного лица по распоряжению Близких родственников, при наличии согласия Страховщика и возможности оказания услуги на Территории страхования;

д) транспортировку останков Застрахованного лица до ближайшего международного/регионального транспортного узла (аэропорта или железнодорожного или авто вокзала) в Стране постоянного проживания Застрахованного лица.

3.5.4. Оплату Срочных сообщений, при предоставлении детализации звонков и информации об их стоимости. Расчет производится в российских рублях в соответствии с п. 8.10. Правил страхования, но не более суммы в российских рублях, эквивалентной 100 (ста) у.е. валюты Договора страхования.

3.5.5. Эвакуацию детей, не достигших 14 лет (включительно) или 18 лет (включительно) для инвалидов детства (далее – Дети), находящихся с Застрахованным лицом в одной Застрахованной поездке, если такие Дети остались без присмотра в результате произошедшего с Застрахованным лицом Страхового случая.

3.5.5.1. Оплате подлежат следующие услуги, организованные или согласованные Страховщиком:

а. перевозка Детей под наблюдением представителя авиакомпании;

б. проезд в один конец экономическим классом Детей, в случае, когда нельзя воспользоваться имеющимся Проездными документами, оформленными на таких Детей;

в. проезд в один конец экономическим классом одного сопровождающего взрослого, путешествующего совместно с Застрахованным лицом в случае, когда самостоятельная транспортировка Детей невозможна и когда нельзя воспользоваться имеющимся Проездными документами;

г. проезд в оба конца экономическим классом одного сопровождающего взрослого в случае, когда требуется сопровождение Детей с Территории страхования до Региона постоянного проживания.

В случае, когда выезд за Детями по объективно подтвержденным причинам невозможен, Страховщик вправе организовать и оплатить соответствующее сопровождение Детям.

При этом организация сопровождения Детей осуществляется Сервисной компанией в случае, когда это возможно организовать с учётом требования законодательства Территории страхования.

3.5.5.2. Эвакуация Детей без сопровождения может быть организована только в случае, когда законным представителем Детей названо лицо ответственное за их встречу в Регионе постоянного проживания, и указанное лицо дало свое письменное согласие на сотрудничество с Сервисной компанией.

3.5.6. Проживание лица, сопровождающего Застрахованное лицо в случаях:

а. стационарного лечения или нахождения на карантине несовершеннолетнего (до 18 лет включительно) Застрахованного лица;

б. если Застрахованному лицу при Медицинской репатриации показано немедицинское сопровождение, отраженное в ФТФ;

Лицу, сопровождающему Застрахованное лицо, оплачивается не более 10 (десяти) ночей проживания, а суммарная стоимость проживания не может превышать сумму эквивалентную 100 (ста) у.е. за ночь, выраженных в валюте Договора страхования. Расчет производится в российских рублях в соответствии с п.8.10. Правил страхования.

3.5.7. Визит к Застрахованному лицу Близкого родственника или Третьего лица (далее - Посетитель) в случае, если не применимы пп.3.5.3.2. и п. 3.5.6. Правил страхования и срок госпитализации Застрахованного лица, путешествующего в одиночку, превысил 10 (десять) дней нахождения на лечении в Медицинском учреждении в связи с наступлением Страхового случая.

3.5.7.1. Оплачиваются следующие услуги в связи с визитом Посетителя к Застрахованному лицу:

а. проезд Посетителя в оба конца экономическим классом (из Страны постоянного проживания и обратно);

б. одностороннее проживание Посетителя Застрахованного лица во время пребывания Застрахованного лица в Медицинском учреждении на стационарном лечении, но не более 10 (десяти) суток. Суммарная стоимость проживания не может превышать сумму эквивалентную 100 (ста) у.е. за ночь, выраженных в валюте Договора страхования. Расчет производится в российских рублях в соответствии с п.8.10. Правил страхования.

3.6. В страховое покрытие входят Медицинские, Медико-транспортные и иные услуги, оказываемые в связи с внезапным осложнением беременности, угрожающим жизни и здоровью Застрахованного лица, в объеме оказания Экстренной медицинской помощи до купирования угрожающего жизни Застрахованного лица состояния, в том числе прерывание беременности с целью спасения жизни Застрахованного лица в результате внезапных осложнений протекания беременности, включая внематочную беременность или внутриутробную смерть плода, выявленных в период Застрахованной поездки.

3.7. Договором страхования может быть предусмотрено страхование от Несчастного случая. Такой Договор страхования заключается, в том числе, на основании «Дополнительных условий страхования от Несчастного случая», являющихся Приложением №1 к Правилам страхования.

Терминология, объект страхования, страховая сумма, страховая премия, объем страхового покрытия, права и обязанности сторон, порядок определения и осуществления страховых выплат определяются «Дополнительными условиями страхования от Несчастного случая».

3.8. В Договоре страхования могут быть указаны все или несколько Страховых рисков в любой комбинации из поименованных в Правилах страхования.

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

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

4.1. По риску «**Страхование Медицинских, Медико-транспортных и иных услуг**» не являются Страховыми случаями и не подлежат оплате Страховщиком следующие услуги:

4.1.1. оказываемые при заболеваниях, патологических состояниях или телесных повреждениях, которые относятся к Плановой медицинской помощи;

4.1.2. оказываемые при Обострении Хронического заболевания, лечение которого без угрозы для жизни Застрахованного лица можно отложить до возвращения в Страну/Регион постоянного проживания или после устранения угрозы жизни Застрахованного лица;

4.1.3. оказываемые после добровольного отказа Застрахованного лица от организованных Сервисной компанией и/или предложенных по инициативе Страховщика услуг: Медицинской помощи и/или Медико-транспортных и иных услуг, а также в результате отказа от выполнения предписаний лечащего Врача;

4.1.4. оказываемые по желанию Застрахованного лица и/или без назначений лечащего Врача;

4.1.5. услуги Врача и лабораторные исследования и назначения не связанные с Несчастливым случаем или Внезапным острым заболеванием, Обострением Хронического заболевания, Отравлением и Травмой;

4.1.6. оказываемые в связи с вредом здоровью Застрахованного лица вследствие принятия им лекарственных средств без назначения Врача или алкоголя, его суррогатов, наркотических, токсических веществ, а также в случаях смерти, в основной причине наступления которой указано на воздействие вышеперечисленных веществ;

4.1.7. оказываемые при лечении от алкоголизма, наркомании и прочих злоупотреблений/зависимостей или другого состояния, связанного с привыканием;

4.1.8. по оказанию Медицинской помощи в определённом Медицинском учреждении на которое не было получено согласие Сервисной компании перед тем, как оно было начато, кроме предоставления Медицинской помощи, направленной на спасение жизни

Застрахованного лица, с последующим согласованием Медицинской помощи со Страховщиком и/или Сервисной компанией;

4.1.9. оказываемые при диагностике и лечении заболевания, патологического состояния или телесного повреждения, симптомы (проявления) которого начались до начала действия Договора страхования и/или вне Территории страхования, либо при продолжении лечения в Застрахованной поездке, начатого до начала действия Договора страхования;

4.1.10. оказываемые в связи с ухудшением состояния здоровья или смертью Застрахованного лица при совершении Застрахованной поездки, несмотря на наличие прямых медицинских противопоказаний к ее совершению;

4.1.11. Медицинская помощь, Медико-транспортные и иные услуги, в том числе посмертная репатриация, если поездка была предпринята Застрахованным лицом с намерением получить Медицинскую помощь;

4.1.12. Медицинская помощь, Медико-транспортные и иные услуги, в том числе посмертная репатриация после окончания Договора страхования, при наступлении Страхового случая в Срок страхования и не препятствующего возвращению в Страну/Регион постоянного проживания;

4.1.13. оказанные после возвращения в Страну постоянного проживания;

4.1.14. высокотехнологичная Медицинская помощь, включая, но не ограничиваясь: реконструктивное лечение, трансплантация (кроме трансплантации кожи при обширных ожогах), хирургическое лечение аневризм, ангиопластика коронарных артерий, аортокоронарное шунтирование (АКШ), установка коронарного стента, деструкция проводящих путей и аритмогенных зон сердца, в том числе с имплантацией электрокардиостимулятора, кардиовертера-дефибриллятора; любое протезирование или эндопротезирование (кроме экстренного эндопротезирования при переломах костей, не относящихся к патологическим переломам, и когда иной метод лечения применить не представляется возможным);

4.1.15. связанные с устранением косметических дефектов лица (в том числе стоматологических) и тела, осложнениями косметических процедур независимо от времени их возникновения; консультации косметолога, пластического хирурга;

4.1.16. оказываемые при лечении (включая медикаменты) психических расстройств и расстройств поведения, эпилепсии (кроме эпилептического статуса), мигрени, расстройств сна, неврозов (панических атак, депрессий, истерических синдромов), судорожных синдромов токсической этиологии и их осложнений и последствий, абстинентного синдрома;

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

4.1.18. оказываемые при лечении злокачественных новообразований и их осложнений, о которых было известно до начала действия Договора страхования или Медицинские услуги после оказания Экстренной Медицинской помощи, если онкологическое заболевание впервые выявлено в течение Срока страхования;

4.1.19. оказываемые при лечении наследственных и/или врожденных заболеваний, аномалий и пороков развития органов и их осложнений;

4.1.20. по ведению беременности: плановые медицинские консультации и обследования; динамическое наблюдение и обследование беременной и/или плода; скрининговые исследования; исследование амниотической жидкости; услуги, связанные с выявлением пороков развития плода, отклонением жизненных показателей у плода или сохранением жизни плода; по выявлению осложнений беременности, не требующих оказания Медицинской помощи в Экстренной форме; по прерыванию беременности (аборт) по желанию Застрахованного лица или без медицинских показаний со стороны Застрахованного лица; роды, в том числе досрочные, начиная с 22-й акушерской недели, независимо от метода родоразрешения, включая все услуги с этим связанные: дородовое и послеродовое наблюдение; Медицинские и Медико-транспортные услуги, а также уход за новорожденным

ребенком или его лечением, включая Медико-транспортные услуги, Медицинскую эвакуацию и/или репатриацию или эвакуацию новорожденного;

4.1.21. оказываемые при обращениях в связи с обильными, частыми, затянувшимися нерегулярными менструациями, коррекцией течения околоменопаузного периода или нарушений овариально-менструального цикла;

4.1.22. оказываемые при диагностике и лечении заболеваний кожи: псориаза, экземы, нейродермита, грибковых поражений кожи, контагиозного моллюска, угревой сыпи, акне, дерматитов: атопического (диатез), себорейного, аллергического контактного;

4.1.23. оказываемые при лечении заболеваний кожи, связанных с реакцией на солнце, включая солнечные ожоги, аллергическую реакцию на солнце (включая солнечную крапивницу) и фотодерматит, при этом исключением не является однократная консультация врача при диагностике патологических реакций на солнце или при получении солнечных ожогов, сопровождающихся появлением волдырей в течение 6 часов после инсоляции и/или с повышением температуры тела выше 37,5° С;

4.1.24. оказываемые при диагностике и лечении венерических заболеваний и заболеваний, передающихся половым или преимущественно половым путем, а также заболеваний, являющихся их следствием;

4.1.25. оказываемые при диагностике и лечении ВИЧ-инфекции и заболеваний, являющихся ее следствием или осложнением, а также любых форм гепатита (кроме А и Е);

4.1.26. оказываемые при любых заболеваниях и состояниях, если в диагнозе одним из заболеваний или причиной осложнений указано: ВИЧ-инфекция, онкологическое заболевание, психическое заболевание, зависимость от любых психоактивных веществ, кроме Экстренной Медицинской помощи, направленной на непосредственное устранение угрозы жизни Застрахованного лица (т.е. остановка кровотечения, реанимационные мероприятия и тому подобное);

4.1.27. Медицинская помощь, связанная с проведением гипербарической оксигенации, гемодиализа, плазмоферреза, УФО крови (кроме проведения гемодиализа/плазмоферреза при необходимости купирования состояний, признанных Страховым случаем и сопровождающихся острой почечной/острой печеночной недостаточностью);

4.1.28. Медицинская помощь, связанная с проведением компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, коронарографии, не согласованных с Сервисной компанией и/или Страховщиком, за исключением случаев, когда данные исследования необходимы по экстренным медицинским показаниям и проводятся для диагностики степени тяжести травм и заболеваний для оценки срочности выполнения оперативного вмешательства;

4.1.29. Медицинская помощь, оказанная Застрахованному лицу лицами, не являющимися сотрудниками Медицинских учреждений на Территории страхования;

4.1.30. совместное пребывание Близкого родственника или Страхователя или Третьего лица при стационарном лечении Застрахованного лица;

4.1.31. Медицинская помощь, оказанная Медицинским учреждением, не имеющим соответствующей лицензии, либо лицом, не имеющим права на осуществление медицинской деятельности;

4.1.32. связанные с необходимостью использования Застрахованным лицом тейпов, очков, контактных линз, слуховых аппаратов и других корригирующих медицинских устройств и приспособлений и их подгонку (кроме указанных в п.п. «з», «и» п. 3.5.1. Правил страхования), а также использования медицинского оборудования вне лечебного учреждения, включая, но не ограничиваясь: градусник, небулайзер, пульсоксиметр, тонометр, глюкометр, тест-полоски;

4.1.33. Медицинская помощь, связанная с использованием медицинских препаратов и средств медицинского назначения:

- без документально подтвержденного назначения Врача или в количестве большем, чем это назначено Врачом; с целью продолжения лечения после выезда с Территории страхования; с профилактической целью; первично приобретенные Застрахованным лицом позднее 3-х календарных дней включительно с даты их назначения Врачом, если иное не указано медицинских назначениях/рекомендациях;

- которые не причисляются к лекарственным средствам; витаминов (кроме витаминов группы В по показаниям при стационарном лечении); БАДов; пробиотиков; иммуномодуляторов; оральных контрацептивов; препаратов для сохранения беременности (прогестерон), тестов на определение беременности, овуляции, подтекания околоплодных вод; медикаментов, состав которых скрывается составителем, а также пищевых продуктов и питательных смесей (кроме питания, предусмотренного в стационаре), укрепляющих средств, средств для похудения, косметических средств, детского питания, минеральной воды и так далее;

4.1.34. Медицинская помощь, связанная с предоставлением дополнительного комфорта, включая, но не ограничиваясь: одноместных палат и палат типа «люкс», услуг переводчика;

4.1.35. Ритуальные услуги и погребение останков;

4.1.36. Медицинская помощь, оказываемая вследствие травмы, полученной Застрахованным лицом при использовании:

а. любой мототехники (мотоциклы, мопеды, мотоциклы, скутеры, водные мотоциклы, квадроциклы, мотовездеходы, снегоходы, картинг);

б. средства индивидуальной мобильности (СИМ) (электросамокаты, электровелосипеды, моноколесо, гидроскутеры и подобный транспорт (кроме участия в экскурсии на сегвее);

в. любого колесного транспортного средства в состоянии алкогольного опьянения свыше 0,8 промилле, наркотического или токсического опьянения;

4.1.37. Медицинская помощь, оказываемая вследствие автотранспортной аварии, если Застрахованное лицо управляло транспортным средством не имея водительских прав соответствующей категории, или в состоянии алкогольного опьянения свыше 0,8 промилле, наркотического или токсического опьянения;

4.1.38. Медицинская помощь, оказываемая в связи с вредом здоровью Застрахованного лица, причиненным при совершении Застрахованным лицом преступных действий, а также во время его участия в политических демонстрациях, забастовках или в результате его службы в любых вооруженных силах или формированиях;

4.1.39. Медицинская помощь, оказанная в случае, если Застрахованное лицо осознанно или в состоянии Опьянения подвергло свою жизнь и здоровье опасности, повышенному риску, за исключением случаев спасения жизни другому человеку, что должно быть подтверждено документами соответствующих органов. Однако если Застрахованное лицо получило Травму в состоянии Опьянения, Страховщик оплатит Медицинскую помощь за оказание Экстренной медицинской помощи, необходимой для предотвращения непосредственной угрозы жизни или здоровью;

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

4.1.41. Медицинская помощь, оказанная в связи с вредом здоровью Застрахованного лица вследствие его участия в организованных спортивных соревнованиях, а также тренировочных спортивных мероприятиях, включающих в себя теоретическую и организационную части, и другие мероприятия по подготовке к спортивным соревнованиям проводимые по утвержденному его организатором положению (регламенту);

4.1.42. Медицинская помощь, оказанная в связи с вредом здоровью Застрахованного лица вследствие занятия Застрахованным лицом следующими любительскими видами спорта, не требующими профессионального или сертифицированного доступа, если иное не предусмотрено Договором страхования: боевыми видами спорта, вэйкбордингом, гребным спортом, скалолазание, спелеологией (кроме спуска в пещеры с экскурсией), рафтингом (не экскурсионным), серфингом, прыжками в воду с трамплина, виндсерфингом, водными лыжами, маунтинбайком (горы и бездорожье), кайтингом, горнолыжным спортом и сноубордингом: катание по оборудованным трассам, облегченным фрирайдом и бэккантри; санным спортом, катанием на беговых лыжах и коньках, прыжками с эластичным канатом, паркур, конным спортом, триатлоном, треккинг на высоту от 2701 до 3500 метров над уровнем моря, спортивной стрельбой, фехтованием, яхтингом.

Не является исключением занятием Застрахованным лицом следующими любительскими видами спорта и экскурсионные мероприятия спортивной направленности, не требующие специальной подготовки: скалодром, развлечения на воде с использованием буксируемых надувных средств и парашютов, скандинавская ходьба, велосипедные прогулки, теннис, гольф, катание на роликах, бег трусцой, рыбалка, скейтбординг, каякинг, треккинг на высоту до 2700 метров над уровнем моря, участие в любительских игровых видах спорта (пляжный волейбол и тому подобное), участие в экскурсионных мероприятиях: катание на животных (лошади, верблюды, слоны и другие), рафтинг, катание на яхте, спуск в пещеры;

4.1.43. Медицинская помощь, оказанная в связи с вредом здоровью Застрахованного лица вследствие занятия следующими видами спорта: плавание с аквалангом (дайвинг и т.п.) фридайвинг, альпинизм, прыжки с парашютом, парапланеризм, спортивный рафтинг, рафтинг или сплав с порогами 4-й и выше категории сложности, хели-ски (хелиски), а также спортом, требующим специального сертифицированного доступа;

4.1.44. Медицинская помощь, оказанная в связи с вредом здоровью Застрахованного лица вследствие:

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

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

4.1.45. поисково-спасательных операций, с целью обнаружения Застрахованного лица. Исключением не является Медицинская эвакуация или Репатриация тела Застрахованного лица с места нахождения после его обнаружения.

4.2. Оплата стоимости Срочных сообщений не производится Страховщиком, если произошедшее с Застрахованным лицом событие не было признано Страховым случаем.

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

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

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

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

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

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

4.4. Страховщик вправе отказать в Страховой выплате, если Застрахованное лицо/Выгодоприобретатель:

4.4.1. своевременно не известило Страховщика или его представителя (Сервисную компанию) о Страховом случае, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении Страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое возмещение;

4.4.2. сообщило Страховщику заведомо ложные сведения о своем здоровье и/или об объеме и стоимости оказанных Медицинских услуг, при наступлении Страхового события;

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

4.4.4. противодействовало оказанию Медицинской помощи, не соблюдало правила внутреннего распорядка Медицинского учреждения либо не соблюдало законы страны, при нахождении на Территории страхования, что привело к отказу в оказании Медицинских и Медико-транспортных услуг, и/или препятствию для организации Сервисной компанией услуг.

5. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ, СТРАХОВОГО ТАРИФА, СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ

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

5.2. По риску «Страхование Медицинских, Медико-транспортных и иных услуг» Страховая сумма устанавливается в размере, определенном исходя из требований к размеру Страховой суммы, предъявляемых страной временного пребывания туриста, но не менее суммы, установленной действующим законодательством РФ по официальному курсу Центрального Банка РФ, на дату заключения Договора страхования.

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

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

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

5.5. Если стоимость Медицинских, Медико-транспортных услуг и иных услуг превышает Страховую сумму, установленную по данному риску в Договоре страхования, то часть стоимости, превышающая указанную Страховую сумму, оплачивается Застрахованным лицом самостоятельно.

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

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

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

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

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

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

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

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

6.1.1. сведения о Страхователе (если Страхователем является физическое лицо – его ФИО, пол, дату рождения, паспортные данные, гражданство, контактные данные (телефон, адрес электронной почты). Если Страхователем является юридическое лицо - его наименование,

основной государственный регистрационный номер (ОГРН), юридический адрес и банковские реквизиты);

6.1.2. сведения о Застрахованном лице (его ФИО, пол, дата рождения);

6.1.3. сведения о Застрахованной поездке (Страна/Регион временного пребывания, дата начала и окончания Застрахованной поездки).

6.2. При заключении Договора страхования в отношении нескольких Застрахованных лиц Страхователь прикладывает к заявлению список Застрахованных лиц.

6.3. До заключения Договора страхования Страховщик проводит ознакомление Страхователя, являющегося физическим лицом, с условиями страховой программы путем предоставления ему ключевого информационного документа (КИД). КИД предоставляется Страховщиком Страхователю в бумажной форме или в электронной форме, в том числе посредством информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (путем направления Страховщиком на предоставленный Страхователем адрес электронной почты либо путем размещения ссылки на соответствующие разделы официального сайта Страховщика для ознакомления и скачивания КИД).

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

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

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

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

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

6.8. В соответствии с п. 1 ст. 6 Федерального закона № 63-ФЗ от 06.04.2011 «Об электронной подписи», также п. 4 ст. 6.1. Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992, Договор страхования (полис), составленный в виде электронного документа, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, признается Сторонами электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя Страховщика. Направление Страховщику заявления об изменении, досрочном прекращении Договора страхования, уведомления о наступлении Страхового случая, заявления об осуществлении Страховой выплаты также может осуществляться с использованием официального сайта Страховщика, указанного в п.6.5. Правил страхования.

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

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

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

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

6.13. Договор страхования должен быть заключен до выезда Застрахованного лица за пределы Страны/Региона постоянного проживания и до даты начала Застрахованной поездки.

6.14. Договор страхования вступает в силу не ранее даты и времени заключения Договора страхования, при условии уплаты Страховой премии, если Договором страхования не предусмотрено иное.

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

Договор страхования по всем рискам, заканчивается не позднее 24 часов дня, указанного в Договоре страхования, как дата окончания срока действия Договора страхования, если Договором страхования не предусмотрено иное.

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

6.16. Если к моменту окончания срока действия Договора страхования возвращение Застрахованного лица с Территории страхования было отложено в связи с невозможностью ее покинуть по независящим от Застрахованного лица причинам (климатические условия, поломка авиационного борта и тому подобное), то действие Договора страхования в отношении страхового риска «Медицинские, Медико-транспортные и иные услуги» продлевается на дополнительные 72 (семьдесят два) часа, которые начинают течь с 00 часов даты, следующей за датой, указанной в Договоре страхования, как дата окончания действия Договора страхования. Факт невозможности Застрахованного лица покинуть Территорию страхования должен быть документально подтвержден местными официальными органами, консульством и/или соответствующими организациями (авиакомпанией и так далее).

6.17. Если к моменту Запланированного отъезда, возвращение Застрахованного лица с Территории страхования невозможно по причине наступления Страхового случая препятствующего транспортировке, Страховщик выполняет свои обязанности, связанные с этим Страховым случаем, согласно Договору страхования:

6.17.1. до момента Медицинской репатриации или Медицинской эвакуации, в соответствии с условиями п. 3.5.3.2. Правил страхования;

6.17.2. до момента, определенного Страховщиком, в случаях когда имеются объективные препятствия к организации Медицинской репатриации или Медицинской эвакуации, включая, но не ограничиваясь: отказ Медицинского учреждения дать рекомендации к условиям возвращения (в том числе отказ в оформлении ФТФ), или условия указанные в документе невыполнимы и/или не конкретизированы, до момента появления возможности возвращения Застрахованного лица в Страну/Регион постоянного проживания.

В таких случаях, Страховщик предлагает Застрахованному лицу в пределах Страхового риска, в разумные сроки и в соответствии с конкретными обстоятельствами, условия транспортировки, учитывающие диагноз и/или опыт Сервисной компании аналогичных Медицинских репатриаций/Медицинских эвакуаций. Если Застрахованное лицо принимает условия Страховщика, то принимает на себя риски возможных осложнений состояния здоровья.

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

6.18.1. окончание срока действия Договора страхования;

- 6.18.2. выполнение Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме или в отношении отдельного Застрахованного лица соответственно;
- 6.18.3. отказ Страхователя от Договора страхования;
- 6.18.4. соглашение сторон Договора страхования;
- 6.18.5. смерть Страхователя (Застрахованного лица) физического лица;
- 6.18.6. ликвидация Страхователя юридического лица, кроме случаев замены Страхователя в Договоре страхования при его реорганизации (слиянии, присоединении, разделении, выделении, преобразовании);
- 6.18.7. признание Договора страхования недействительным по решению суда;
- 6.18.8. если возможность наступления Страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем Страховой случай;
- 6.18.9. если применимо - при досрочном исполнении обязательств по договору потребительского кредита (займа).
- 6.19. Страхователь вправе отказаться от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления Страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем Страховой случай. По существу могут быть рассмотрены только оригиналы Заявлений об отказе с собственноручной подписью Страхователя. При непосредственной подаче Страхователем – физическим лицом Заявления об отказе Страховщику (представителю Страховщика) Страхователь должен для установления его личности предъявить паспорт (при этом Страховщик (его представитель) вправе изготовить копию паспорта Страхователя), а при направлении Заявления об отказе посредством АО «Почта России» Страхователь должен приложить к Заявлению об отказе копию своего паспорта (разворот с фотографией Страхователя и регистрацией по месту жительства).
- 6.20. При отказе Страхователя – физического лица от Договора страхования в течение срока, указанного в Договоре страхования со дня заключения Договора страхования, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки Страхового случая, уплаченная Страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме. Договор страхования прекращается со дня его заключения, если иное не установлено соглашением сторон. Возврат Страховой премии осуществляется в течение срока, указанного в Договоре страхования. Страховая премия не подлежит возврату, если Договор страхования был заключен с целью получения визы и ее получение подтверждено соответствующей отметкой в заграничном паспорте Застрахованного лица, полученной после даты заключения Договора страхования. При отказе Страхователя – физического лица от Договора страхования по истечении срока, указанного в Договоре страхования, со дня заключения Договора страхования, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если Договором страхования или соглашением сторон не предусмотрено иное. Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты, указанной в заявлении Страхователя об отказе от Договора страхования, но не ранее 00 часов 00 минут дня, следующего за днем получения Страховщиком такого заявления Страхователя. Если дата досрочного расторжения Договора страхования в заявлении Страхователя об отказе от Договора страхования не указана, Договор страхования считается прекратившим свое действие с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем получения в адрес Страховщика указанного заявления Страхователя.
- При отказе Страхователя – физического лица от Договора страхования заключенного на срок менее 14 (четырнадцати) календарных дней и/или по истечении Срока страхования, уплаченная Страховая премия не подлежит возврату Страховщиком Страхователю.
- При отказе Страхователя – физического лица от Договора страхования в случае непредоставления, предоставления неполной или недостоверной информации о Договоре страхования, уплаченная Страховщику Страховая премия (за вычетом части Страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование) подлежит возврату в срок, не превышающий 7 (семи) рабочих дней со дня получения Заявления об отказе.
- 6.21. Если применимо, при отказе Страхователя – физического лица от Договора страхования в случае полного досрочного погашения кредита (займа) уплаченная Страховщику Страховая премия (за вычетом части Страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование) подлежит возврату в срок, не превышающий 7 (семи) рабочих дней со дня получения Страховщиком Заявления об отказе. К Заявлению об отказе должна быть

приложена справка (выписка со счёта) об отсутствии кредитной задолженности по кредитному договору (займа).

6.22. При отказе Страхователя – юридического лица от Договора страхования, уплаченная Страховая премия не подлежит возврату Страховщиком Страхователю, если Договором страхования или соглашением сторон не предусмотрено иное. При подаче Заявления об отказе Страхователь - юридическое лицо должен предоставить документ, подтверждающий права уполномоченного лица совершать указанные действия.

6.23. При страховании в эквиваленте иностранной валюты, в случае досрочного расторжения (прекращения) Договора страхования расчет производится в рублях по официальному курсу Банка России, установленному для данной валюты на дату заключения Договора страхования.

6.24. В период действия Договора страхования Страхователь обязан незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными изменениях в информации, указанной в Договоре страхования.

6.25. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение Страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной Страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь возражает относительно изменения условий Договора страхования или доплаты Страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования.

6.26. Страховщик не вправе требовать расторжения Договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение Страхового риска, уже отпали.

6.27. Изменение условий Договора страхования возможно по соглашению сторон, при существенном изменении обстоятельств, из которых стороны исходили при заключении Договора страхования. Изменение обстоятельства признается существенным, когда они изменились настолько, что, если бы стороны могли это разумно предвидеть, договор вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях.

6.28. Соглашение об изменении или о расторжении Договора страхования совершается в письменной форме и подписывается сторонами.

7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

7.1. Страхователь имеет право:

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

7.1.2. отказаться в любое время от Договора страхования, если возможность наступления Страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем Страховой случай;

7.1.3. получить информацию о Страховщике в соответствии с законодательством РФ.

7.2. Застрахованное лицо имеет право:

7.2.1. на получение информации о Страховщике в объеме, на условиях и в порядке, предусмотренных в законодательстве РФ;

7.2.2. на получение консультаций Страховщика об условиях Правил страхования, Договора страхования;

7.2.3. при невозможности связаться с Сервисной компанией или Страховщиком, с учетом условий п. 4.1.8. Правил страхования, самостоятельно обратиться в ближайшее Медицинское учреждение, предъявив при этом Договор страхования;

7.2.4. обратиться к Страховщику с заявлением о Страховой выплате, в случае, если Медицинские, Медико-транспортные и иные услуги были оплачены им самостоятельно.

7.3. Страховщик имеет право:

7.3.1. проверять полноту и достоверность информации, сообщаемой Страхователем (Застрахованным лицом/Выгодоприобретателем), любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству РФ;

7.3.2. запрашивать у Страхователя (Застрахованного лица/Выгодоприобретателя) информацию, имеющую значение для установления факта Страхового случая и размера Страховой выплаты;

7.3.3. проверять выполнение Страхователем (Застрахованным лицом/Выгодоприобретателем) положений Договора страхования и Правил страхования;

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

7.3.5. отсрочить принятие решения о Страховой выплате, в случаях, установленных Правилами страхования;

7.3.6. отказать в Страховой выплате в случаях и в порядке, определенных Правилами страхования, письменно известив об этом Застрахованное лицо/Выгодоприобретателя;

7.3.7. проводить медицинское освидетельствование Застрахованного лица;

7.3.8. произвести Страховую выплату без документов и/или по копиям документов, подтверждающих обстоятельства наступления Страхового случая и/или детализацию оказанных услуг, если размер такой Страховой выплаты не превышает 5% (пять) процентов от Страховой суммы по Страховому риску;

7.3.9. произвести Страховую выплату Застрахованному лицу при предоставлении им счета, выставленного на его имя за Медицинские и Медико-транспортные услуги, признанные Страховым случаем, до подтверждения оплаты этого счета Застрахованным лицом или его представителем;

7.3.10. вычесть из Страховой выплаты стоимость неиспользованных проездных документов, не возвращенных Застрахованным лицом при наступлении событий, указанных в п. 3.5.3.2., п. 3.5.5. Правил страхования;

7.3.11. рекомендовать Застрахованному лицу посредством Сервисной компании самостоятельно обратиться в официальное лицензированное Медицинское учреждение за необходимой Медицинской помощью за счет Застрахованного лица, с сохранением всех документов по наступившему событию, для последующего предоставления их Страховщику;

7.3.12. осуществлять иные действия в порядке исполнения положений Правил страхования и Договора страхования;

7.3.13. потребовать, предоставления в его адрес нотариально заверенного перевода на русский язык документов, составленных на иностранном языке. Услуги по переводу и нотариальному заверению такого перевода Страховщиком не оплачиваются.

7.4. Страховщик обязан:

7.4.1. до заключения Договора страхования, ознакомить Страхователя с КИД в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ;

7.4.2. ознакомить Страхователя с Правилами страхования и условиями Договора страхования;

7.4.3. при наступлении Страхового случая произвести Страховую выплату в порядке и сроки, определенные Договором страхования, Правилами страхования;

7.4.4. не разглашать сведения о Страхователе/Застрахованном лице/Выгодоприобретателе, их здоровье и имущественном положении, если это не вступит в противоречие с законодательными актами РФ.

7.5. Страхователь обязан:

7.5.1. при заключении Договора страхования в отношении лиц, застрахованных по договору страхования, с другим страховщиком, незамедлительно информировать об этом Страховщика.

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

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

7.5.4. доводить до сведения Застрахованных лиц информацию об условиях Договора страхования, Правил страхования;

7.5.5. исполнять иные обязанности, предусмотренные Правилами страхования, Договором страхования.

7.6. Застрахованное лицо обязано:

7.6.1. обеспечить сохранность Договора страхования;

7.6.2. при наступлении события, имеющего признаки Страхового случая:

7.6.2.1. незамедлительно, при первой же возможности, до обращения в Медицинское учреждение, обратиться в Сервисную компанию или к Страховщику по номерам телефонов, указанным в Договоре страхования/страховом полисе, и сообщить следующую информацию:

- а. фамилию и имя Застрахованного лица;
- б. номер Договора страхования;
- в. дату и время выезда из Страны/Региона постоянного проживания;
- г. подробное описание обстоятельств произошедшего события;
- д. местонахождение Застрахованного лица;
- е. контактный телефон;

7.6.2.2. выполнять рекомендации Сервисной компании и/или Страховщика;

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

7.6.2.4. предпринять все необходимые меры по уменьшению убытков;

7.6.2.5. предоставить запрашиваемую Сервисной компанией и Страховщиком информацию и документы, указанные в пп. 9.1. - 9.4. Правил страхования, применимые к конкретному Страховому событию. В случае неисполнения указанных обязательств без объективных причин, Страховщик может отказать в дальнейшей организации Медицинской помощи и/или в Страховой выплате;

7.6.2.6. содействовать и не препятствовать Страховщику/Сервисной компании в получении информации в Медицинских и иных учреждениях, касающейся Страхового события;

7.6.2.7. не принимать на себя обязательств по оплате каких-либо услуг, за исключением тех, которые согласованы с Сервисной компанией;

7.6.2.8. при заключении Договора страхования и при наступлении Страхового события освободить Врачей Медицинских учреждений от обязательств сохранять врачебную тайну перед Страховщиком в части, касающейся Страхового случая и согласиться на предоставление Страховщику и/или Сервисной компании медицинских документов о состоянии его здоровья и о проводимом лечении, за указанный Страховщиком период;

7.6.2.9. не препятствовать свободному доступу представителей Страховщика и/или Сервисной компании к Застрахованному лицу для освидетельствования его состояния, в противном случае Застрахованное лицо лишается права на организацию Медицинских и Медико-транспортных услуг и осуществление Страховой выплаты;

7.6.2.10. при невозможности связаться с представителем Страховщика или Сервисной компанией до обращения за Медицинской помощью, при первой возможности предпринять все меры для связи с Сервисной компанией или Страховщиком. В любом случае, при обращении за Медицинской помощью Застрахованное лицо должно предъявить медицинскому персоналу Договор страхования для дальнейшего согласования своих действий с Сервисной компанией.

8. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

8.1. При наступлении события, имеющего признаки Страхового случая, Застрахованное лицо должно незамедлительно обратиться в Сервисную компанию или к Страховщику, предоставив информацию, указанную в п. 7.6.2.1. Правил страхования.

8.2. Страховая выплата по Договору страхования осуществляется путем оплаты Страховщиком счетов, выставляемых Сервисной компанией, за оказанные Застрахованному лицу Медицинские, Медико-транспортные и иные услуги, предусмотренные Правилами страхования и Договором страхования, на основании счетов, вставляемых Медицинскими учреждениями и иными организациями.

Стоимость услуг, оказанных Застрахованному лицу и оплаченных Сервисной компанией, оплачивается Страховщиком в соответствии с договорами, заключенными между Страховщиком и Сервисной компанией.

8.3. Если по согласованию со Страховщиком оказанные Застрахованному лицу Медицинские и/или Медико-транспортные и иные услуги были оплачены Застрахованным лицом или должны быть оплачены согласно выставленному Медицинским учреждением на имя Застрахованного лица

счету, Страховая выплата производится путем оплаты стоимости Медицинских и/или Медико-транспортных и иных услуг Застрахованному лицу, при предоставлении Страховщику документов, указанных в пп. 9.1. - 9.4. Правил страхования.

Если по согласованию со Страховщиком оказанные Застрахованному лицу Медицинские и/или Медико-транспортные и иные услуги были оплачены Страхователем или Третьим лицом (далее – Иное лицо), Страховая выплата производится путем оплаты стоимости Медицинских и/или Медико-транспортных и иных услуг Застрахованному лицу, при предоставлении Страховщику документов, указанных в пп. 9.1. - 9.4. Правил страхования и при условии, что Застрахованное лицо предоставит письменные гарантии, что в случае возникновения требований Страхователя или Третьего лица относительно оплаты стоимости Медицинских, Медико-транспортных и иных услуг, исполнит такие требования самостоятельно.

Если по согласованию со Страховщиком оказанные Медицинские, Медико-транспортные и иные услуги Застрахованному лицу, умершему по причинам иным, чем Страховой случай были оплачены Иным лицом, Страховая выплата производится Иному лицу, при предоставлении документов указанных в пп. 9.1. - 9.4. Правил страхования.

8.4. Страховщик откладывает принятие решения об осуществлении Страховой выплаты или об отказе в Страховой выплате если:

8.4.1. приложенных к заявлению документов недостаточно для принятия обоснованного решения. В этом случае, Страховщик в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней, запрашивает недостающие документы, а срок рассмотрения заявления о Страховом случае продлевается на время, необходимое для получения всех затребованных документов;

8.4.2. подлинность представленных документов или факт наступления Страхового случая вызывает сомнение и Страховщиком проводится проверка – до окончания проверки;

8.4.3. возбуждено уголовное дело или начато судебное разбирательство по фактам, связанным с наступлением Страхового случая - до окончания расследования или судебного разбирательства;

8.4.4. если одна из сторон Договора страхования потребовала проведения экспертизы - до получения заключения эксперта (экспертной комиссии).

8.5. В случае принятия Страховщиком решения об отсрочке осуществления Страховой выплаты Страховщик уведомляет Страхователя/Выгодоприобретателя о такой отсрочке в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня, следующего за днем принятия решения об отсрочке.

8.6. Страховая выплата **по риску «Страхование Медицинских, Медико-транспортных и иных услуг»**, осуществляется в размере стоимости услуг, предусмотренных п.3.5. Правил страхования.

8.6.1. В случае если при купировании острого состояния (оказание Экстренной или Неотложной медицинской помощи) были проведены операции, связанные с реконструктивным лечением, высокотехнологичным лечением, трансплантацией (кроме кожи при обширных ожогах), плановым эндопротезированием, протезированием, хирургическое лечение аневризм, ангиопластика коронарных артерий, аортокоронарное шунтирование (АКШ), установка коронарного стента, деструкция проводящих путей и аритмогенных зон сердца, в том числе с имплантацией электрокардиостимулятора, кардиовертера-дефибриллятора, протезирование или эндопротезирование (кроме экстренного эндопротезирования при переломах костей, не относящихся к патологическим переломам, и когда иной метод лечения применить не представляется возможным), а счет за госпитализацию не содержит отдельной стоимости услуги, счет оплачивается в размере 50% от указанной в нем суммы.

8.6.2. В случае если при госпитализации наряду с купированием острого состояния (оказание Экстренной или Неотложной медицинской помощи) осуществлялась диагностика, лечение сопутствующей, хронической патологии, не требующей неотложной помощи, а счет не содержит отдельной стоимости услуг, счет подлежит оплате в размере 50% от указанной в нем суммы, либо, если это возможно определить из медицинских документов, только за те койко-дни, в которые осуществлялось купирование острого состояния (оказание Экстренной или Неотложной медицинской помощи по Страховому случаю).

8.7. Страховая выплата при оплате **Срочных сообщений** осуществляется в размере стоимости таких услуг.

8.8. Решение об осуществлении Страховой выплаты/об отказе в Страховой выплате принимается Страховщиком в течение 10 (десяти) рабочих дней следующих за датой получения Страховщиком заявления о Страховом случае и всех необходимых документов, предусмотренных Правилами страхования, а также документов, запрошенных Страховщиком в соответствии с п.п. 9.3. - 9.4. Правил страхования.

8.9. Страховщик производит Страховую выплату в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты, следующей за датой принятия им решения об осуществлении Страховой выплаты.

Днем Страховой выплаты считается день списания денежных средств с расчетного счета Страховщика.

В случае принятия решения об отказе в осуществлении Страховой выплаты, Страховщик направляет такой отказ Страхователю/Выгодоприобретателю в течение 3 (трех) рабочих дней с даты, следующей за датой принятия им решения об отказе в осуществлении Страховой выплаты.

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

8.11. В случае если расходы выражены в валюте, для которой курс не установлен Центральным Банком РФ, Страховая выплата осуществляется в российских рублях по курсу иностранного банка, доступному в открытых источниках сети интернет, на дату Страхового случая. При отсутствии сведений о курсе валюты для российских рублей, перерасчет осуществляется по курсу валюты Договора страхования. После перевода в валюту Договора страхования, дальнейший расчет осуществляется в соответствии с п. 8.10. Правил страхования.

9. ДОКУМЕНТЫ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ

СТРАХОВЩИКУ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СОБЫТИЯ

9.1. Если по согласованию со Страховщиком оказанные Застрахованному лицу Медицинские и/или Медико-транспортные и иные услуги, были оплачены Страхователем/Застрахованным лицом или Третьим лицом, Страховщику предоставляются следующие документы:

- заявление Страхователя или Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) о наступлении Страхового события, с указанием ФИО Застрахованного лица, номера Договора страхования, даты и обстоятельств Страхового события, срока Застрахованной поездки, страны, города и адреса проживания в Застрахованной поездке (в том числе название отеля), наименования заявленных услуг и их стоимости, актуальных контактных данных (фактический почтовый адрес, телефон, электронный адрес), если применимо - обоснование причин не обращения в Сервисную компанию;
- реквизиты счета Застрахованного лица/Выгодоприобретателя;
- документ удостоверяющий личность (далее – ДУЛ) Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) (развороты страниц ДУЛ с ФИО и местом постоянной регистрации)/свидетельство о рождении Застрахованного лица, если Застрахованным лицом является несовершеннолетний;
- документы, подтверждающие полномочия законного представителя Застрахованного лица, если Застрахованным лицом является несовершеннолетний;
- документы, подтверждающие факт и длительность Застрахованной поездки или всех поездок в период страхования (копия заграничного паспорта Застрахованного лица, страницы с отметками пограничных служб за весь период страхования, копии Проездных документов, а при поездках по РФ - Проездные документы и/или документы по оплате проживания). При невозможности предоставить подтверждение даты и времени выезда в Застрахованную поездку - письменное обоснование причин;
- оригиналы счетов из Медицинских и/или иных учреждений (на фирменном бланке или с соответствующим штампом) содержащие следующие сведения: наименование и реквизиты

Медицинского учреждения, ФИО и дату рождения Застрахованного лица, диагноз (если предусмотрен), дату и время обращения за Медицинской помощью, перечень оказанных услуг с разбивкой их по датам и стоимости, итоговую сумму к оплате, валюту счета;

- оригинал документа, подтверждающего оплату оказанных Застрахованному лицу услуг (штамп об оплате/подтверждение банка о перечислении денежных средств), содержащий: ФИО плательщика, дату, сумму и валюту оплаты, а также способ платежа (в зависимости от страны, Медицинского учреждения и способа оплаты, документ, подтверждающий оплату, может быть отдельным документом или объединён в один документ со счетом) или письменное обоснование отсутствия такого документа;

- оригиналы медицинских документов, с указанием адреса и контактных данных Медицинского учреждения и Врача, содержащие сведения: ФИО и дату рождения Застрахованного лица, дату и время обращения, о состоянии здоровья в момент обращения, анамнезе заболевания (времени появления первых жалоб, симптомов, начале лечения), диагнозе, о проведенных медицинских манипуляциях и назначенных медикаментах (счет и медицинский отчет могут быть объединены в один документ);

9.1.1. при оплате медикаментов/перевязочных средств, средств фиксации и прочих средств медицинского назначения: оригиналы выписанных Врачом на бланке Медицинского учреждения Рецептов с указанием: даты и времени выдачи Рецепта, ФИО и даты рождения Застрахованного лица, диагноза (если предусмотрен); для медикаментов: перечень, форма, дозировка, кратность применения (если предусмотрено), длительность курса или количество назначенного препарата; для расходного материала или оборудования: вид/модель и количество (если применимо). При отсутствии Рецепта - письменное обоснование причин.

9.1.2. при оплате обследования: оригинал направления, выданного Врачом Застрахованному лицу на бланке Медицинского учреждения, на прохождение лабораторных и иных исследований с указанием даты и времени выдачи направления, ФИО и даты рождения Застрахованного лица, диагноза с приложением их результатов/заключения;

9.1.3. при оплате Медицинской транспортировки: документы об оплате медицинского транспорта от и до Медицинского учреждения, если такая поездка предпринята Застрахованным лицом с целью получения Медицинской помощи, содержащие дату, время поездки и маршрут;

9.1.4. при Медицинской транспортировке, Медицинской эвакуации, Медицинской репатриации: документы, подтверждающие дату и время транспортировки, содержащие ФИО и дату рождения Застрахованного лица, маршрут; при работе врача медицинского сопровождения: счет, расшифровка к счету с приложением прейскуранта услуг или документов, подтверждающих расходы, маршрутный лист, медицинский отчет о сопровождении пациента при транспортировке;

9.1.5. при оплате Срочных сообщений - выписку и/или оригинал счета на оплату телекоммуникационных услуг, содержащий ФИО и номер абонента, даты, стоимость звонков и номера телефонов исходящих звонков.

9.2. При посмертной репатриации: свидетельство о смерти Застрахованного лица, заключение о причине смерти, документы подтверждающие перечень, стоимость и оплату услуг (платежные документы с расшифровкой) похоронного бюро и/или транспортных служб, в т.ч. по подготовке, хранению, перевозке и таможенного оформления груза 200 (человеческих останков в гробах и урнах).

9.3. В случаях, когда применимо:

- оригиналы оплаченных счетов на размещение в гостинице;
- документы, подтверждающие проезд на такси или общественным транспортом;
- документы, подтверждающие факт сдачи неиспользованных проездных документов;
- документы, подтверждающие факт приобретения проездных документов;
- ФТФ, выданный в отношении Застрахованного лица;
- свидетельство о праве на наследство/справка о круге наследников Застрахованного лица с указанием всех наследников и доли наследования каждым наследником;

- нотариальная доверенность на представление интересов Застрахованного лица/Выгодоприобретателя;
- при карантине: определенный международными медико-санитарными правилами, оригинал документа, включающий перечисление объективных противопоказаний к запланированному перелету с указанием периода, на который он противопоказан;
- оригинальный медицинский документ, оформленный амбулаторным Врачом, заверенный должностным лицом Медицинского учреждения (аналогичным по содержанию ФТФ) и выданный не позднее, чем за сутки до Запланированного отъезда и включающий объективные противопоказания к перелету, с указанием периода, на который он противопоказан и подтвержденной записью о контрольной явке к Врачу за день до окончания запрета к полету, при Медицинской репатриации по Страховому событию, не потребовавшему стационарного лечения, но препятствовавшему Запланированному отъезду;
- выписной эпикриз из стационара с указанием периода, на который противопоказан перелет;
- карта вызова скорой медицинской помощи или ее зарубежный аналог включая случаи, когда Запланированный отъезд не состоялся вовремя (в том числе опоздание на посадку) по причине расстройства здоровья Застрахованного лица, потребовавшей вызов СМП.

9.4. По требованию Страховщика, документы содержащие данные, идентифицирующие заявленное событие:

- документы компетентных органов, службы спасения, иных организаций, выданные в отношении Застрахованного лица (содержащие ФИО и дату рождения Застрахованного лица) подтверждающие факт, дату, время и обстоятельства наступления Страхового события, в том числе протоколы, постановления с указанием виновных лиц (при их наличии); документы об аренде транспортного средства; справки, акты, в том числе, освидетельствование на состояние Опьянения;
- цветные фотографии Застрахованного лица, подтверждающие факт и объем полученных повреждений, в т.ч. в течение лечения в случае травмы;
- медицинские документы (справки, выписки, медицинские карты, результаты обследований, заключения специалистов о состоянии здоровья Застрахованного лица за указанный Страховщиком период, в том числе до начала Застрахованной поездки;
- выписка из реестра об оказанных услугах по обязательному медицинскому страхованию за указанный Страховщиком период;
- результаты (снимки на любом носителе) с заключением, проведенных Застрахованному лицу объективных методов исследования: КТ, МРТ, УЗИ и т.п.;
- заключение медицинской (судебно-медицинской) экспертизы, если проводилось;
- письменное согласие на предоставление Страховщику соответствующими учреждениями информации, имеющей отношение к Страховому событию, в том числе информации, касающейся врачебной тайны;
- письменные разъяснения в отношении Страхового события;
- согласие на организацию услуг;
- письменный отказ от организованных услуг.

9.5. Страховщик вправе на этапе организации Медицинских, Медико-транспортных и иных услуг затребовать один или несколько документов из указанных в пп. 9.1. - 9.4. Правил страхования.

10. ФОРС-МАЖОР

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

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

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

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

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

11. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

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

11.2. В случае если стороны Договора страхования не пришли к соглашению, все споры передаются на рассмотрение суда.

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

11.4. В случае поступления Страховщику претензии физического лица и если размер претензионных требований не превышает сумму, установленную Федеральным законом от 04.06.2018 N 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» (далее – Закон №123), Страховщик рассматривает такую претензию в порядке, установленном Законом №123.

11.5. В случае поступления Страховщику претензии юридического лица или если размер претензионных требований физического лица превышает сумму, установленную Законом №123, Страховщик рассматривает такую претензию в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней.

11.6. Если страховщик не удовлетворил претензию физического лица, при этом размер претензионных требований не превышает сумму установленную Законом №123, то до обращения в суд физическому лицу необходимо обратиться к уполномоченному по правам потребителей финансовых услуг:

сайт: www.finombudsman.ru;

адрес: 119017, г. Москва, Старомонетный пер., дом 3.

Рассмотрение обращения физического лица уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг осуществляется бесплатно.

11.7. Все заявления и извещения в связи с исполнением и прекращением Договора страхования направляются по адресам, которые указаны в Договоре страхования. Любые уведомления и извещения в связи с заключением, исполнением или прекращением Договора страхования, считаются направленными сторонами в адрес друг друга, только если они сделаны в письменной форме, если иное не предусмотрено Договором страхования.

11.8. В случае принятия Страховщиком решения об отказе в совершении операции, по основаниям предусмотренным п. 11 ст. 7. Федерального закона от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма», Страховщик в срок не позднее 5 (пяти) рабочих дней со дня принятия указанного решения уведомляет Страхователя/Застрахованное лицо (Выгодоприобретателя) о дате и причинах принятого решения в порядке, предусмотренном настоящим разделом Правил страхования.

11.9. Договором страхования может быть предусмотрена возможность направления Страхователем уведомлений и извещений в связи с исполнением или прекращением соответствующего Договора страхования в адрес Страховщика в форме электронного документа, подписанного простой электронной подписью Страхователя через личный кабинет Страхователя дистанционного канала обслуживания Страховщика (его уполномоченного представителя), согласованного при заключении Договора страхования, в случае если это не противоречит законодательству РФ и предусмотрено Договором страхования или соглашением сторон. Уведомления и извещения в связи с исполнением или прекращением соответствующего Договора

страхования, оформленные Страхователем в виде электронного документа в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ и с требованиями, указанными в настоящем пункте Правил страхования, признаются равнозначными документам, оформленным на бумажном носителе и подписанным собственноручной подписью Страхователя. Фактом получения Страховщиком уведомления и извещения в связи с исполнением или прекращением соответствующего Договора страхования в форме электронного документа является размещение такого электронного документа, подписанного простой электронной подписью Страхователя, в личном кабинете Страхователя дистанционного канала обслуживания Страховщика (его уполномоченного представителя).

11.10. Страхователь имеет право на получение копии электронного документа на бумажном носителе, направив соответствующий запрос в адрес Страховщика.

Приложение №1
к Правилам страхования жизни и здоровья
выезжающих за рубеж и путешествующих по России

Дополнительные условия страхования
от Несчастного случая

Настоящие Дополнительные условия страхования от Несчастного случая (далее – Дополнительные условия) разработаны в соответствии с действующим законодательством как дополнительные условия к Правилам страхования жизни и здоровья выезжающих за рубеж и путешествующих по России (далее - Правила страхования) по отношению к конкретному типу (виду) Договоров страхования, заключаемых на основе настоящих Дополнительных условий, и отражают существенные условия страхования, а именно: субъекты и объекты страхования, перечень страховых случаев, срок действия Договора страхования, порядок определения размера Страховой выплаты, иные положения, - в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации (далее – РФ). Дополнительные условия страхования прилагаются к Договору страхования и являются его неотъемлемой частью.

1. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. Заболевание - любое нарушение состояния здоровья Застрахованного лица, не вызванное Несчастливым случаем, диагностированное Врачом на основании объективных симптомов в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра (далее - МКБ-10), за исключением разделов: М 84.0-М84.2; S00-T98; V01-Y39;

1.2. Инвалидность – инвалидность 1-й (первой) или 2-й (второй) группы или категория «ребенок-инвалид», которая установлена Застрахованному лицу впервые по стандартам Медико-социальной экспертизы (далее по тексту – МСЭ) в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Категория «ребенок-инвалид», инвалидность 1-й (первой) или 2-й (второй) группы отвечает определению «Инвалидность» при одновременном соблюдении следующих условий:

- установлена на срок не менее 1 (одного) года;
- установлена в результате последствий Несчастливого случая, произошедшего на Территории страхования в период Срока страхования, в том числе, если эта причина указана в протоколе МСЭ одним из основных диагнозов (сопутствующие диагнозы не учитываются);
- установлена впервые в течение 365 (триста шестьдесят пять) дней с даты наступления Несчастливого случая (включительно)

или

- установлена повторно в течение 365 (триста шестьдесят пять) дней с даты наступления Несчастливого случая (включительно), при этом документально подтвержден факт усиления впервые установленной группы инвалидности, наступившей в результате этого же Несчастливого случая.

Во всех иных случаях, при условии, что в Справке МСЭ указано на факт установления инвалидности повторно, инвалидность считается установленной повторно и не отвечает определению «Инвалидность».

1.3. Несчастный случай – произошедшее в период действия Договора страхования, внезапное, кратковременное, непредвиденное, внешнее по отношению к Застрахованному лицу событие, характер, время и место которого могут быть однозначно определены, повлекшее за собой Телесное повреждение или Инвалидность или Смерть Застрахованного лица, и не являющееся следствием Заболевания (в т.ч. психического) или медицинских манипуляций. Не являются Несчастливым случаем остро возникшие или хронические Заболевания и их осложнения (как ранее диагностированные, так и впервые выявленные), в том числе спровоцированные воздействием внешних факторов, включая, но не ограничиваясь: инфаркт миокарда, инсульт, аневризмы (или разрывы аневризмы), опухоли, функциональная недостаточность органов, аллергические реакции;

- 1.4. Смерть** – прекращение физиологических функций организма, поддерживающих его жизнедеятельность, подтверждённое официальным свидетельством о смерти, выданным отделом ЗАГС или иным уполномоченным на то государственным органом;
- 1.5. Телесное повреждение** – нарушение физической целостности организма, повреждение органов, травма, увечье, явившиеся прямым следствием Несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом в течение Срока страхования, и предусмотренные Таблицей размеров Страховой выплаты (далее - Таблица);
- 1.6.** Термины, употребляемые с большой буквы и определения которым не даны в настоящем разделе Дополнительных условий, понимаются в значениях, определенных Правилами страхования.

2. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

- 2.1.** По Договору страхования могут быть застрахованы следующие Страховые риски:
- 2.1.1. **«Смерть в результате Несчастного случая»** - произошедший в Срок страхования и на Территории страхования Несчастный случай, повлекший Смерть Застрахованного лица;
- 2.1.2. **«Инвалидность в результате Несчастного случая»** - произошедший в Срок страхования и на Территории страхования Несчастный случай, повлекший установление Застрахованному лицу Инвалидности;
- 2.1.3. **«Телесное повреждение в результате Несчастного случая»** - произошедший в Срок страхования и на Территории страхования Несчастный случай, повлекший причинение Телесного повреждения предусмотренного Таблицей.
- 2.2.** Страховыми случаями признаются следующие Страховые события, указанные в Договоре страхования, произошедшие с Застрахованным лицом в течение Срока страхования на Территории страхования, и не относящиеся к исключениям, указанным в разделе 4 Дополнительных условий:
- 2.2.1. по риску **«Смерть в результате Несчастного случая»** - Несчастный случай, произошедший в течение Срока страхования, установленного Договором страхования, повлекший Смерть Застрахованного лица, при условии, что Смерть наступила в течение 1 (одного) года, исчисляемого с даты наступления этого Несчастного случая, и явилась прямым следствием этого Несчастного случая. Датой Страхового случая является дата Несчастного случая;
- 2.2.2. по риску **«Инвалидность в результате Несчастного случая»** - Инвалидность Застрахованного лица в результате Несчастного случая, при условии, что Несчастный случай, явившийся причиной Инвалидности, наступил в течение Срока страхования, а решение МСЭ об установлении Застрахованному лицу Инвалидности 1 (первой) или 2 (второй) группы или категории «ребенок-инвалид» принято в течение 365 (триста шестьдесят пять) дней, исчисляемого с даты наступления этого Несчастного случая (включительно). Датой Страхового случая является дата наступления Несчастного случая;
- 2.2.3. по риску **«Телесное повреждение в результате Несчастного случая»** причинение Застрахованному лицу Телесных повреждений в результате Несчастного случая, при условии, что Телесные повреждения диагностированы в течение Срока страхования на Территории страхования, и Несчастный случай, повлекший Телесные повреждения, произошел в течение Срока страхования на Территории страхования, и доказано, что указанное Телесное повреждение явилось прямым следствием этого Несчастного случая. Датой Страхового случая является дата наступления Несчастного случая, повлекшего Телесные повреждения.
- Причинение Телесных повреждений признается Страховым случаем только при отсутствии события, указанного в п. 2.2.1. Дополнительных условий, наступившего в течение 5 (пяти) дней после наступления Несчастного случая, вызвавшего Телесные повреждения Застрахованного лица.

3. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

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

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

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

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

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

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

4.1.3. управления Застрахованным лицом любым транспортным средством без документа на право управления транспортным средством соответствующей категории, либо передачи управления транспортным средством лицу, не имеющему документа на право управления транспортным средством соответствующей категории, либо управления Застрахованным лицом транспортным средством в состоянии Опьянения или передачи Застрахованным лицом управления транспортным средством другому лицу, находящемуся в состоянии Опьянения;

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

4.1.5. Смерти, если фоновым или конкурирующим или сочетанным заболеванием указаны алкогольная/наркотическая интоксикация, абстинентные или судорожные синдромы;

4.1.6. занятия любыми видами спорта, если занятия спортом дополнительно не предусмотрены Договором страхования по риску страхования «Медицинских и Медико-транспортных и иных услуг»;

4.1.7. остро возникших или хронических Заболеваний и их осложнений (как ранее диагностированных, так и впервые выявленных в течение срока страхования).

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

4.2.1. Телесные повреждения не указанные в Таблице, либо не соответствующие условиям, указанным в примечаниях к Таблице;

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

4.3. Страховщик вправе отказать в Страховой выплате в случае:

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

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

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

4.3.4. если Страхователь или Выгодоприобретатель не уведомили Страховщика о наступлении Страхового события в срок и в порядке, установленном Дополнительными условиями, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении Страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности осуществить Страховую выплату;

4.3.5. если Страховой случай наступил в результате воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения; военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий; гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

5. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

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

5.2. При наступлении Страхового случая, указанного в п. 2.2.3. Дополнительных условий, Страховщик производит Страховую выплату единовременно в размере, предусмотренном Таблицей. При этом общая сумма Страховых выплат по данному Страховому риску не может превышать 100% Страховой суммы.

Таблица размеров страховой выплаты по Страховому риску «Телесные повреждения в результате Несчастного случая»

Примечание:

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

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

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

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

5. По пунктам Таблицы 1.1., 1.6. - 1.13., 1.16., 2.1., 2.6. Телесное повреждение признается Страховым случаем только при условии подтверждения диагноза рентгенологическим исследованием и/или КТ/МРТ исследованием соответствующей области.

6. По пунктам Таблицы 1.2., 1.3., 1.15., 2.2., 2.5. Телесное повреждение признается Страховым случаем только при условии хирургического лечения (хирургической операции).

7. По пунктам Таблицы 1.4., 1.5., 1.14., 2.4. Телесное повреждение признается Страховым случаем только при условии непрерывного стационарного лечения не менее 10 дней.

8. В статье 1, при указании на краевой перелом одной или нескольких костей, предусмотренный пунктом или подпунктом статьи, размер страховой выплаты по данному подпункту статьи уменьшается на 2%.

9. В статье 1, в подпунктах, предусматривающих выплату при переломе одной кости, при

<p>указании на изолированный перелом отростка или бугорка кости (без его отрыва либо без оперативного вмешательства), предусмотренной пунктом или подпунктом статьи, размер страховой выплаты по данному подпункту статьи уменьшается до 2%.</p> <p>10. При рентгенологически подтвержденных переломах (в одном или нескольких местах) кости/костей (кроме позвонков) не поименованных в Таблице либо в количестве меньшем, чем это предусмотрено Таблицей, Страховая выплата производится в размере 1% за каждую сломанную кость (перелом хрящевой части кости при расчете не учитывается; при переломах фаланг пальцев, выплата производится в размере 1% за каждый палец, не зависимо от количества сломанных фаланг).</p> <p>11. При рентгенологически (КТ/МРТ) подтвержденных переломах дуги и отростков позвонков, выплата производится в размере 1% за каждый позвонок (независимо от количества сломанных отростков) в случае, если по травматическому повреждению не применялся п. 1.7.в) Таблицы.</p> <p>12. Если Таблицей, не предусмотрено ни одно из полученных Застрахованным лицом повреждений, но при которых производилось хирургическое лечение с применением общей или спинно-мозговой анестезии Страховая выплата производится в размере 2%.</p>	
<p>Статья 1. Размер страхового обеспечения за каждый пункт статьи 1 составляет 5% от Страховой суммы</p>	
1.1.	<p>а) ушиб головного мозга средней или тяжелой степени</p> <p>б) субарахноидальное травматическое кровоизлияние (гематома)</p> <p>в) перелом одной или нескольких костей свода черепа</p> <p>г) перелом решетчатой кости</p> <p>д) перелом орбиты (одной или нескольких стенок)</p>
1.2.	<p>разрыв одной или нескольких оболочек глаза, при проникающем ранении или контузии глазного яблока</p>
1.3.	<p>а) повреждение легкого, повлекшее: пневмоторакс, гемоторакс; инородное тело/тела в грудной полости</p> <p>б) ранение сердца и/или коронарных артерий и/или крупных сосудов: аорта; легочные, сонные, безымянные артерии; яремная вена, верхняя и нижняя полые вены</p> <p>При пневмотораксе и гемотораксе дренирование плевральной полости приравнивается к хирургическому вмешательству</p>
1.4.	<p>а) ожоги 3-4 степени более 5% поверхности тела (кроме лица и шеи)</p> <p>б) ожоги 3-4 степени лица и шеи более 2% поверхности тела</p> <p>в) ожоговый шок 2-3 степени*</p> <p>Для целей измерения площади ожогов за 1% поверхности тела принимается площадь ладони застрахованного лица (включая пальцы)</p> <p>*За ожоговый шок выплата не производится в случаях, если: не указана степень ожогового шока, указана 1 степень либо 1-2 степень или указана только ожоговая болезнь</p>
1.5.	<p>ранение/ожог/травматическое сужение гортани и/или трахеи повлекшее ношение трахеостомы более 10 дней</p>
1.6.	<p>а) переломы одной или нескольких костей лицевого черепа и/или подъязычной и/или небной кости (за исключением: костей носа, орбиты, отростков верхней или нижней челюстей)</p> <p>За перелом одной/нескольких стенок/костей орбиты выплата производится по п. 1.1. д)</p> <p>При отдельных (изолированных) переломах отростков верхней или нижней челюстей или костей носа, в случае, если не применим п. 1.6. а), Страховая выплата производится в размере 1% за отросток/отростки каждой челюстной кости или 1% за перелом одной или двух костей носа</p> <p>б) потеря 5-ти и более не протезированных зубов (частей зубов)</p> <p>Выплата не производится за удаленные болезненно измененные зубы или при удалении зубов с указанием на болезни пародонта</p>
1.7.	<p>а) перелом грудины со смещением</p> <p>б) перелом 3-х и более ребер (костной части)</p> <p>в) переломы тел 1-2-х позвонков (кроме копчиковых позвонков); при переломе тел 3-х и более позвонков, за каждый последующий позвонок производится доплата в размере 1%</p> <p>г) при переломах отростков позвонков выплата производится в размере 1% за перелом</p>

	<p>одного или нескольких отростков каждого позвонка. Выплата за перелом крестца производится по п.1.11.</p> <p>д) при переломе копчиковых позвонков Страховая выплата производится в размере 2% независимо от количества сломанных позвонков</p>
1.8.	<p>переломы (за каждую сторону):</p> <p>а) лопатки</p> <p>б) ключицы в сочетании с разрывом связок одного из сочленений: акромиально-ключичного или грудино-ключичного сочленений. При переломе ключицы без разрыва сочленений Страховая выплата уменьшается до 1%</p>
1.9.	перелом плечевой кости (на любом уровне)
1.10	локтевой сустав, лучезапястный сустав, кости предплечья: переломы 2-х и более костей (кроме плечевой кости)
1.11	перелом одной или нескольких костей таза (в т.ч. вертлужной впадины) включая перелом крестца, с разрывом или без разрыва тазовых сочленений
1.12	тазобедренный сустав, бедро (за каждую ногу): перелом бедренной кости
1.13	коленный сустав, голеностопный сустав, голень: перелом 2-х костей и более (кроме бедренной кости)
1.14	<p>травматический или геморрагический шок 2-3 степени и/или травматическая кома длительностью более 5 дней</p> <p>Если степень травматического или геморрагического шока не указана или указана 1, 1-2 степени то Страховая выплата по данному пункту не производится</p>
1.15	сдавление, разрыв (в т.ч. частичный), ушиб спинного мозга на любом уровне
1.16	<p>а) потеря одного или нескольких пальцев кисти (потерей пальца кисти считается ампутация на уровне дистальной фаланги). Потеря на уровне проксимальной и средней фаланг пальца/пальцев приравнивается к перелому</p> <p>б) потеря одного и более пальцев стопы. Потерей пальца стопы считается ампутация на уровне дистальной фаланги). Потеря на уровне проксимальной и средней фаланг пальца/пальцев приравнивается к перелому</p> <p>При выплате по данному пункту, учитывается только ампутация кости, ампутация мягких тканей не учитывается</p> <p>В случае выплаты по травматическому повреждению по п. 2.6. или 3.2. и/или 3.3., настоящий пункт не применяется</p>
<p>Статья 2. Размер Страховой выплаты за каждый пункт статьи 2 составляет 20% от Страховой суммы.</p>	
2.1	перелом основания черепа (кроме решетчатой кости) и/или субдуральное и/или эпидуральное травматическое кровоизлияние
2.2	<p>разрыв нервов или их сплетений:</p> <p>а) черепно-мозговых нервов</p> <p>б) сплетений: шейного, плечевого, поясничного, крестцового</p> <p>в) основных стволов нервов на уровне выше областей лучезапястного и голеностопного суставов: подмышечного, лучевого, локтевого, срединного, бедренного, седалищного, малоберцового, большеберцового нервов</p>
2.3	<p>полная необратимая* глухота (PP=0) возникшая в результате травматического повреждения среднего или внутреннего уха в результате Несчастного случая</p> <p>*Необратимой считается глухота при отсутствии улучшений в течение 120 дней с момента получения травматического повреждения</p>
2.4	сердечно-сосудистая недостаточность вследствие травматического повреждения сердца или сосудов, продолжающаяся более 30 дней после Несчастного случая
2.5.	<p>а) удаление более ½ языка</p> <p>б) травматическое сужение пищевода</p> <p>в) удаление части легкого, бронха</p> <p>г) удаление части: печени и/или кишечника и/или поджелудочной железы</p> <p>д) удаление селезенки и/или желудка</p> <p>е) удаление почки и/или половых органов</p>

	Страховая выплата по п. 2.5. производится за вычетом ранее произведенных Страховых выплат за повреждение указанного органа по другим статьям Таблицы
2.6	а) потеря кисти выше уровня пальцев и включая лучезапястный сустав б) потеря стопы выше уровня пальцев и включая голеностопный сустав В случае если по повреждению ранее производилась Страховая выплата по п. 1.16., Страховая выплата рассчитывается за вычетом ранее произведенных Страховых выплат. В случае Страховой выплаты по травматическому повреждению по п. 3.2. и/или п. 3.3., настоящий пункт не применяется
Статья 3. Размер Страховой выплаты за каждый пункт статьи 3 составляет 40% от Страховой суммы.	
3.1	потеря челюсти или ее части (за исключением альвеолярного отростка)
3.2	потеря руки на любом уровне (кроме указанных в п. 1.16.)
3.3	потеря ноги (за каждую ногу) на любом уровне (кроме указанных в п.1.16.)
3.4	сдавление, разрыв, ушиб или гематомиелия спинного мозга с необратимыми тазовыми нарушениями и/или необратимым параличом/парезом конечностей Если ранее произведена Страховая выплата за повреждение по п. 1.15., Страховая выплата уменьшается на сумму ранее произведенной Страховой выплаты
3.5	необратимая потеря зрения одного глаза /потеря глазного яблока Если ранее произведена Страховая выплата за повреждение по п. 1.2., Страховая выплата уменьшается на сумму ранее произведенной Страховой выплаты
3.6	удаление легкого При применении п.3.6., п.1.3. и п. 2.5. в) для того же легкого не применяются

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

5.4. В течение 10 (десяти) рабочих дней следующих за датой уведомления Страховщика о наступлении Страхового события Страхователь или Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) для получения Страховой выплаты обязан представить Страховщику заявление о наступлении Страхового события, документ удостоверяющий личность (далее – ДУЛ) и документы из числа перечисленных в пп. 5.4.1. - 5.4.4. Дополнительных условий:

5.4.1. в случае Смерти Застрахованного лица:

- а) свидетельство о Смерти Застрахованного лица, выданное органом ЗАГС, консульством РФ или иным уполномоченным на то государственным органом, или его нотариально заверенную копию;
- б) медицинское (врачебное) заключение (свидетельство) о Смерти Застрахованного лица выданное медицинским учреждением, где была зарегистрирована Смерть с указанием причины смерти или иной документ, устанавливающий причину и обстоятельства Смерти, выданный медицинским учреждением или уполномоченным государственным органом;
- в) заключение судебно-медицинской экспертизы исследования трупа с результатами гистологического и химико-токсикологического исследования;
- г) посмертный эпикриз с указанием посмертного диагноза, при Смерти в стационаре;
- д) оригинал или заверенную копию документа (постановление, протокол, решение суда) соответствующего уполномоченного органа, оформленный по факту произошедшего Страхового события, содержащие причину и обстоятельства наступления Смерти;
- е) решение суда об объявлении Застрахованного лица умершим, если Застрахованное лицо считается пропавшим без вести;
- ж) оригинал справки нотариуса о круге наследников выданной не ранее 6 месяцев с даты смерти Застрахованного лица, с указанием всех наследников и доли наследования каждым наследником или свидетельство о праве на наследство;

5.4.1.1. если документы, указанные в п.п. а – е п. 5.4.1. Дополнительных условий, не содержат сведений о времени, месте и обстоятельствах Несчастного случая и Телесных повреждениях, приведших к Смерти Застрахованного лица:

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

5.4.2. в случае установления Инвалидности Застрахованному лицу:

а) нотариально заверенную копию справки МСЭ о присвоении Застрахованному лицу 1-й (первой) или 2-й (второй) группы Инвалидности или «категории Ребенок-инвалид» впервые, либо вместе со справкой МСЭ об установлении Инвалидности 1-й (первой) или 2-й (второй) группы повторно – нотариально заверенную копию справки МСЭ о присвоении Застрахованному лицу групп Инвалидности за весь период вплоть до установления Инвалидности повторно (согласно определению Инвалидности);

б) заверенную Бюро МСЭ (далее – БМСЭ) копию протокола освидетельствования в БМСЭ, содержащую полный диагноз, ставший причиной установления группы Инвалидности в результате Несчастного случая и Телесного повреждения и анамнез. При установлении Инвалидности повторно, копии всех протоколов освидетельствования в БМСЭ с установлением Инвалидности первично или повторно при более ранних освидетельствованиях;

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

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

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

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

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

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

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

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

г) в зависимости от обстоятельств события: оригинал или заверенные копии документов, содержащих сведения о времени, дате, территории и обстоятельствах Несчастного случая, приведшего к Телесному повреждению: рапорт/протокол от правоохранительных органов

и/или экстренных оперативных служб или решение суда или акт о травме во время тренировки/соревнования, а при отсутствии вышеперечисленных документов медицинский отчет (выписку из лечебного учреждения) по факту первичного обращения за медицинской помощью, содержащий ФИО Застрахованного лица, дату поступления, период лечения, анамнез (в т.ч. сведения об обстоятельствах Несчастного случая), данные объективных методов обследования, окончательный диагноз;

5.4.4. в случае если за Страховой выплатой, обращается представитель Страхователя или Выгодоприобретателя – нотариально заверенную копию документа, подтверждающего право на обращение за Страховой выплатой.

5.5. В течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком документов, указанных в п. 5.4. Дополнительных условий, Страховщик обязан их рассмотреть и вправе затребовать у Страхователя или Выгодоприобретателя, а Страхователь или Выгодоприобретатель обязаны представить Страховщику следующие документы, если с учетом конкретных обстоятельств отсутствие у Страховщика запрашиваемых документов делает невозможным или крайне затруднительным установление факта наступления Страхового случая, его обстоятельств и расчет размера Страховой выплаты:

- копии всех страниц заграничного паспорта Застрахованного лица;
- акт и/или протокол освидетельствования в БМСЭ;
- копию записей в медицинской карте амбулаторного и/или стационарного больного, заверенную лечебным учреждением ее выдавшим;
- заверенную копию карты вызова скорой медицинской помощи при вызове скорой медицинской помощи на место события;
- результаты анализа крови Застрахованного лица на алкоголь, содержание токсических, наркотических веществ или акт освидетельствования на Опьянение, выполненные в течение первых суток с момента наступления Несчастного случая;
- удостоверение инвалида (копия всех страниц);
- выписку из реестра оказанных медицинских услуг страховой компании ОМС, ДМС, фонда ОМС за указанный Страховщиком период, содержащую сведения об обращениях за медицинской помощью (даты обращения; диагнозы; наименования лечебных учреждений) за указанный период;
- выписку из журнала регистрации обращений в лечебно-профилактического учреждения;
- выписку из журнала лучевых нагрузок лечебно-профилактического учреждения;
- справку (заключение) из БМСЭ различных инстанций;
- водительское удостоверение Застрахованного лица, управлявшего транспортным средством в момент Несчастного случая;
- фотографии Застрахованного лица, на которых видны: лицо Застрахованного лица, полученные им телесные повреждения (рубцы; ожоги и т.п.) и дата фотографии;
- результаты лабораторных исследований, МРТ МСКТ, УЗИ-исследований, электромиографии, подтверждающие установленный диагноз, а также результаты предыдущих исследований при повторных травмах органа или предшествующих заболеваниях поврежденного органа;
- результаты судебно-медицинского освидетельствования живых лиц;
- любые документы, перечисленные в пп. 5.4. - 5.5. Дополнительных условий (при условии, что они не предоставлялись ранее или их подлинность вызывает сомнения).

5.6. Все документы должны предоставляться Страховщику на русском языке. В случае если оригинал документа составлен на иностранном языке, Страховщику предоставляется нотариально заверенный перевод такого документа на русский язык. Услуги по переводу документа и нотариальному заверению такого перевода Страховщиком не оплачиваются.