

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
"СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ "ТИТ"**



УТВЕРЖДЕНЫ

приказом

от "19" апреля 2019г. № 96



ПРАВИЛА

**СТРАХОВАНИЯ НЕПРЕДВИДЕННЫХ РАСХОДОВ ГРАЖДАН,
ЗАНИМАЮЩИХСЯ ПОДВОДНЫМ ПЛАВАНИЕМ (ДАЙВИНГОМ)
ВО ВРЕМЯ ПУТЕШЕСТВИЙ**

г. Москва

СОДЕРЖАНИЕ:

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.
3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.
4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ
5. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ.
СТРАХОВОЙ ТАРИФ. ФРАНШИЗА
6. ДЕЙСТВИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
8. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ.
ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА УЩЕРБА
9. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОТКАЗА В ВЫПЛАТЕ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ
10. ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.
12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие "Правила страхования непредвиденных расходов лиц, занимающихся подводным плаванием (дайвингом) на время путешествий" (далее – Правила) разработаны в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, определяют общие условия и порядок осуществления страхования медицинских и иных непредвиденных расходов при выезде за границу Российской Федерации (далее – за границу) и являются неотъемлемой частью договора страхования (полиса), заключенного на условиях настоящих Правил.

1.2. По договору страхования непредвиденных расходов лиц, занимающихся подводным плаванием (дайверов) на время путешествий, заключенному на основании настоящих Правил, страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования плату (страховую премию), при наступлении предусмотренного события (страхового случая), осуществить страховую выплату и/или организовать и оплатить необходимую Застрахованному медицинскую и иную помощь в соответствии с условиями договора страхования (полиса).

1.3. Основные термины и понятия, используемые в настоящих Правилах:

Близкими родственниками по настоящим Правилам признаются официально зарегистрированные супруг/супруга, дети, в том числе усыновленные, отец, мать, родные несовершеннолетние братья и сестры, официальные опекуны и опекаемые.

Занятия подводным плаванием - непосредственное нахождение в воде в открытом водоеме, 1 час подготовки к погружению, а также 1 час после подъема из воды, определяемые на основании записи в журнале, регистрирующем погружения. По согласовании со Страховщиком и при условии обязательного сопровождения инструктором могут быть застрахованы лица, осуществляющие пробные погружения.

Лицо, постоянно проживающее в государстве – лицо, фактически находящееся на территории государства не менее 184 календарных дней в течение 12 следующих подряд месяцев.

Медицинская транспортировка или эвакуация - необходимая с врачебной точки зрения (подтвержденная документально лечащим врачом и согласованная с сервисной компанией и/или страховой компанией) транспортировка Застрахованного медицинским или немедицинским транспортом в сопровождении медицинского персонала, осуществляющего квалифицированный уход, для перевозки Застрахованного в ближайшее от места получения травмы или заболевания профильное лечебное учреждение, в котором имеются условия для оказания необходимой медицинской помощи, или возвращение Застрахованного к месту постоянного проживания.

Место постоянного проживания – в зависимости от условий договора страхования – государство и иное государственно-территориальное или административно-территориальное образование, на территории которого постоянно проживает Застрахованный

Несчастный случай - внезапное, неожиданное кратковременное внешнее событие, произошедшее помимо воли Застрахованного, повлекшее за собой травматические повреждения органов, тканей, иное причинение вреда жизни и здоровью Застрахованного, вызвавшее постоянную утрату его трудоспособности или смерть.

Острое (внезапное) заболевание - острое расстройство здоровья (нарушение жизнедеятельности организма), возникшее под воздействием болезнетворных и/или чрезвычайных (для данного организма) раздражителей внешней и/или внутренней среды, которое проявляется изменением структуры и функций организма и требует оказания неотложной медицинской помощи.

Острым (внезапным) не может быть признано заболевание, по которому Застрахованный получает плановую терапию, состоит на учете или обращался к соответствующим медицинским специалистам, предшествующих началу поездки, а также

длительно существующие (врожденные или приобретенные), прогрессирующие стойкие патологические изменения в органах и/или системах, требующие медикаментозного или хирургического лечения для их устраниния или снижения негативного влияния на организм.

Офис – специально оборудованное помещение, в котором осуществляется заключение и (или) расторжение договора страхования, и (или) прием документов для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем, и (или) прием заявлений и других обращений получателей страховых услуг и иных лиц, обращающихся в страховую организацию.

Поездка - оставление Застрахованным лицом административных границ места своего постоянного проживания, на срок которого заключается договор страхования (полис) в соответствии с настоящими Правилами. Начало и окончание поездки определяются соответственно датами убытия из места постоянного проживания и возвращения к месту постоянного проживания, о чем у Застрахованного имеется документальное подтверждение: виза, билет, посадочный талон и т.п.

Получатель страховых услуг – физическое лицо, в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо, обратившееся в страховую организацию с намерением заключить договор страхования (полис) (потенциальный получатель), а также страхователь, застрахованное лицо и (или) выгодоприобретатель по заключенному в соответствии с настоящими Правилами Договору страхования.

Программа страхования - перечень медицинских и иных услуг в рамках Договора страхования и установленных лимитов на указанные услуги, которые будут оплачены Страховщиком при наступлении страхового случая.

Сервисный центр (Сервисная компания) - организация, указанная в Договоре страхования, предоставляющая услуги Страхователю/Застрахованному/Выгодоприобретателю на Территории страхования.

Срок страхования - предусмотренный Договором страхования период, в течение которого могут произойти страховые случаи по Договору страхования. Дата начала действия страхования устанавливается в Договоре страхования. Страхование, обусловленное Договором страхования, распространяется только на события, произошедшие в течение срока страхования. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Срок страхования совпадает со сроком действия Договора страхования.

Страховая выплата – денежная сумма, установленная Договором страхования и выплачиваемая Страховщиком Страхователю (Выгодоприобретателю) при наступлении страхового случая.

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

Страховая сумма - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном Договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Страховой риск - предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

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

Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом вида застрахованного имущества и характера страхового риска, а также других

условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

Территория страхования - государства и иные государственно-территориальные и административно-территориальные образования, на территории которых распространяется действие Договора страхования и на территории которых находится Застрахованный во время совершающейся им поездки при условии, что Застрахованный не является ни гражданином государства, по территории которого совершается поездка, ни лицом постоянно проживающим в государстве (кроме граждан РФ, выезжающих за пределы места постоянного проживания, если это предусмотрено Договором страхования).

Технический дайвинг включает в себя глубоководные (более 40 метров и не превышая 100 метров) погружения на смесях более одной (Trimix) с обязательной декомпрессионной остановкой с использованием аппаратов замкнутого и полузамкнутого типа. К техническому дайвингу также приравниваются погружения в надголовных средах и подледный дайвинг.

Франшиза - часть убытков, которая определена федеральным законом и (или) Договором страхования, не подлежит возмещению страховщиком страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями Договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

В соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной (сторонник освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы) или безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).

Временная франшиза - определенный промежуток времени в течение срока страхования, не подлежащий учету при расчете суммы страховой выплаты.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

Хроническое заболевание - заболевание или следствие телесного повреждения, обладающее как минимум двумя из следующих характеристик:

- приобретенное, может существовать в течение неопределенного периода времени, вне зависимости от того, знал о нем Застрахованный или нет, требует медикаментозного или хирургического лечения для их устранения или снижения негативного влияния на организм;
- врожденное, обусловленное внутриутробными повреждениями, или воздействием иных повреждающих факторов на плод во время беременности, диагностированное при рождении, детстве или в более поздние сроки, в т.ч. и впервые выявленное, требующее медикаментозного или хирургического лечения для устранения симптомов или снижения негативного влияния на организм;
- генетическое - заболевания, возникновение и развитие которых связано с дефектами в наследственном аппарате клеток, передаваемыми по наследству через гаметы, обусловлены нарушениями в процессах хранения, передачи и реализации генетической информации;
- существует вероятность возникновения рецидивов;
- носит постоянный характер или прогрессирует;
- не имеет известных признанных способов лечения;
- требует паллиативного лечения;
- требует долгосрочного наблюдения, консультаций, периодических осмотров, исследований или анализов, постоянного или регулярного приема лекарственных препаратов.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Страховщик – Общество с ограниченной ответственностью "Страховая компания "ТИТ" (сокращенное название ООО "СК "ТИТ") - страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном Законом РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации" порядке.

Сайт Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" www.titins.ru.

Страхователи:

- юридическое лицо любой организационно-правовой формы, зарегистрированное и действующее в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, заключившее со Страховщиком договор страхования (полис) граждан, занимающихся подводным плаванием (дайвингом) на время путешествий, в пользу третьих лиц (Застрахованных) и обязанное уплатить страховую премию;

- дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования (полис) граждан, занимающихся подводным плаванием (Дайвингом) на время путешествий, в свою пользу или в пользу третьих лиц (Застрахованных) и обязанное уплатить страховую премию.

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

2.3. Застрахованный - физическое лицо, занимающееся подводным плаванием (дайвингом) и имеющее соответствующий сертификат, чьи имущественные интересы застрахованы по Договору страхования (полису).

2.4. Договор страхования (полис) считается заключенным в пользу Застрахованного, если в Договоре страхования не названо в качестве Выгодоприобретателя другое лицо.

Договор страхования (полис) в пользу лица, не являющегося Застрахованным, в том числе в пользу не являющегося застрахованным Страхователя, может быть заключен только с согласия Застрахованного в письменной форме (при страховании несовершеннолетних до 18 лет - с согласия их законных представителей).

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

В случае смерти Застрахованного, если в Договоре не предусмотрен иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного.

2.5 Возмещение расходов Застрахованного может производиться оплатой услуг, оказанных в связи с наступлением страхового случая, непосредственно Застрахованному после его возвращения в страну постоянного проживания, или иной организации (далее по тексту – Сервисный центр), организовавшей и осуществляющей указанные в настоящих Правилах мероприятия и оплатившей на месте эти расходы.

3. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. В соответствии с настоящими Правилами объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с риском возникновения непредвиденных расходов Застрахованного:

3.1.1. оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг), в том числе консультаций и иных услуг, предусмотренных Договором страхования (полисом), вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также в случаях, предусмотренных Договором страхования, проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и (или) устраняющих их;

3.1.2. оплатой медико-транспортных услуг и организации посмертной репатриации;

3.1.3. оплатой проведения поисково-спасательных работ.

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

4.1. По настоящим Правилам страховыми рисками являются:

4.1.1. непредвиденные расходы Застрахованного вследствие обращения в медицинское учреждение, барокамеру и иное учреждение (далее – "Медицинская помощь") в связи с внезапным острым заболеванием, в том числе отравлением, обострением хронического заболевания, декомпрессионным заболеванием, травмой полученной от воздействия обитателей подводного мира, несчастным случаем с Застрахованным, смертью Застрахованного, требующими оказания медицинской и иной помощи, а также в связи с иными обстоятельствами, предусмотренными Договором страхования, при нахождении Застрахованного за границей.

К расходам на получение "Медицинской помощи" относятся следующие расходы:

4.1.1.1. по пребыванию и лечению в стационаре (в палате стандартного типа) при необходимости экстренной госпитализации, в том числе при внематочной беременности, включая расходы на врачебные услуги, на проведение операций, диагностических исследований, а также по оплате назначенных врачом медикаментов;

4.1.1.2. по амбулаторному лечению, включая расходы на врачебные услуги, на проведение диагностических исследований, а также по оплате назначенных врачом медикаментов;

4.1.1.3. по оплате расходов на один повторный амбулаторный осмотр и/или перевязку назначенных врачом (при лечении любых ран, в т. ч. послеоперационных), снятие швов/гипса и связанный с этим контрольный осмотр;

4.1.1.4. по осмотру, экстренному лечению, а также по оплате медикаментов и материалов при остром воспалении зуба и окружающих зуб тканей, а также при травме зуба в результате несчастного случая (но не более лимита возмещения 200 евро по одному страховому случаю);

4.1.1.5. на проведение консультации врачей, в том числе дистанционных; При этом экстренная медицинская помощь согласно п.п. 4.1.1.1.- 4.1.1.5. настоящих Правил оказывается Застрахованному медицинским учреждением, рекомендованным Страховщиком /Сервисным центром.

4. 1. 2. медико-транспортные расходы:

4.1.2.1. по эвакуации (транспортировке автомашиной скорой помощи или иным транспортным средством):

а) с места происшествия в ближайшее медицинское учреждение или к находящемуся в непосредственной близости врачу при угрозе жизни и (или) когда Застрахованный не может самостоятельно передвигаться вследствие тяжести полученной травмы;

Такие расходы оплачиваются только при первичной эвакуации/транспортировке Застрахованного.

б) при переводе, предписанном лечащим врачом и подтвержденном заключением врача Страховщика/Сервисного центра, из одного медицинского учреждения в другое.

4.1.2.2. по экстренной медицинской репатриации адекватным транспортным средством, включая расходы на сопровождающее лицо (если такое сопровождение предписано врачом), из-за границы до транспортного узла (аэропорта, вокзала, порта) города, где Застрахованный постоянно проживает, или до ближайшего медицинского учреждения по месту жительства (если это предписано врачом).

Указанные расходы возмещаются при условии:

- а) отсутствия в стране временного пребывания возможностей для предоставления требуемой медицинской помощи;
- б) в случае, если Застрахованному требуется проведение отложенной (плановой) операции;
- в) в случае, если Застрахованному требуется лечение в связи с обострением хронического заболевания (п. 4.2.1. настоящих Правил).

Экстренная медицинская репатриация осуществляется исключительно в тех случаях, когда ее необходимость подтверждается заключением врача Страховщика на основании документов от местного лечащего врача и при условии отсутствия медицинских противопоказаний.

При этом Страховщик не возмещает расходы, связанные с получением медицинской и иной помощи, возникшие после возвращения Застрахованного на место постоянного проживания;

4.1.2.3. по медицинской репатриации из-за границы до транспортного узла (аэропорта, вокзала, порта) города, где Застрахованный постоянно проживает, или до ближайшего медицинского учреждения по месту жительства (если это предписано врачом) в случае, если расходы по пребыванию в стационаре могут превысить страховую сумму, установленную Договором страхования, или лимит возмещения, если такой лимит установлен в Договоре страхования.

Медицинская репатриация проводится только при отсутствии медицинских противопоказаний.

При этом Страховщик не возмещает расходы, связанные с получением медицинской и иной помощи, возникшие после возвращения на место постоянного проживания, за исключением случаев, связанных с баротравмой легких и декомпрессионным заболеванием, если обращение к Страховщику по факту данного заболевания было направлено не позднее 7 (семи) календарных дней с момента (даты) возвращения Застрахованного на место постоянного проживания.

4.1.2.4. по медицинской транспортировке из-за границы до транспортного узла (аэропорта, вокзала, порта) города, где Застрахованный постоянно проживает, или до ближайшего медицинского учреждения по месту жительства (если это предписано врачом) в случае, если Застрахованному по медицинским показаниям предписаны особые условия транспортировки в результате произошедшего страхового случая;

Медицинская транспортировка осуществляется в строгом соответствии с рекомендациями лечащего врача в письменной форме (разрешение на перелет).

При этом страховщик оплачивает следующие расходы (в случае, если это предписано врачом):

- а) по транспортировке машиной скорой медицинской помощи из медицинского учреждения, в котором Застрахованный проходил лечение, до транспортного узла (аэропорта, вокзала) в стране временного пребывания, у которого есть прямое международное сообщение с населенным пунктом в стране постоянного места жительства Застрахованного;
- б) на проезд до транспортного узла (аэропорта, вокзала, порта) города, где Застрахованный постоянно проживает, в один конец экономическим классом;
- в) на сопровождающее лицо (в случае необходимости);

г) по транспортировке машиной скорой медицинской помощи в медицинское учреждение по месту проживания, где Застрахованный будет проходить дальнейшее лечение.

Застрахованный обязан сделать все от него зависящее, чтобы произвести возврат перевозчику неиспользованных проездных документов и возместить их стоимость Страховщику.

При несоблюдении данного условия Страховщик вправе вычесть из суммы страховой выплаты, причитающейся Застрахованному стоимость неиспользованных проездных документов.

4.1.2.5. транспортные расходы:

а) расходы на проезд до транспортного узла (аэропорта, вокзала, порта) города, где Застрахованный постоянно проживает, в один конец экономическим классом, расходы на проезд до транспортного узла (аэропорта, вокзала) в стране временного пребывания, у которого есть прямое международное сообщение с населенным пунктом в стране постоянного проживания Застрахованного;

Указанные расходы возмещаются в случае, если отъезд Застрахованного не состоялся вовремя, т. е. в день, указанный в проездных документах, находящихся на руках у Застрахованного, по причине наступления страхового случая, повлекшего необходимость пребывания Застрахованного на стационарном лечении.

Застрахованный обязан сделать все от него зависящее, чтобы произвести возврат перевозчику неиспользованных проездных документов и возместить их стоимость Страховщику.

При несоблюдении данного условия Страховщик вправе вычесть из суммы страховой выплаты, причитающейся Застрахованному стоимость неиспользованных проездных документов.

б) расходы по проезду в один конец экономическим классом несовершеннолетних детей, находящихся при Застрахованном во время пребывания за границей, в страну их постоянного проживания в случае, если дети остались без присмотра в результате произошедшего с Застрахованным страхового случая;

При необходимости Страховщик организует и оплачивает сопровождение детей.

в) расходы по проезду в оба конца экономическим классом (из страны постоянного проживания и обратно) одного родственника Застрахованного, если срок госпитализации Застрахованного, путешествующего в одиночку, превысил 10 (десять) дней, если в Договоре страхования не установлен иной срок.

При этом расходы по пребыванию родственника за границей Страховщиком не возмещаются.

4.1.2.6. расходы по посмертной репатриации:

а) расходы, санкционированные Сервисным центром, по посмертной репатриации тела до места, где постоянно проживал Застрахованный, если его смерть наступила в результате страхового случая;

Расходы по посмертной репатриации покрываются в пределах оговоренного в Договоре лимита возмещения.

При этом Страховщик не оплачивает расходы на ритуальные услуги.

б) в случае, если Страховщик в силу объективных причин не был своевременно уведомлен о произошедшем событии и не организовывал репатриацию останков, а ее оплатили иные лица, Страховщик вправе возместить им соответствующие расходы в пределах лимита возмещения, установленного в Договоре страхования.

При этом Страховщик вправе осуществить компенсацию понесенных расходов частично, исходя из средней стоимости репатриации в данном регионе, представленной Сервисным центром, если несогласованные действия привели к увеличению расходов Страховщика.

4.1.2.7. Способы транспортировки Застрахованного в случаях, предусмотренных в пп. 4.1.2.1–4.1.2.6. настоящих Правил, определяются Страховщиком/Сервисным центром с учетом медицинских показаний Застрахованного.

При этом Страховщик не несет ответственности в случае несоблюдения перевозчиком расписания движения и в случае, если транспортировка организована Застрахованным самостоятельно без согласования со Страховщиком или Сервисным центром.

4.1.2.8. Все медико-транспортные расходы возмещаются в пределах страховой суммы, установленной Договором страхования, или лимитов возмещения, если в Договоре страхования установлены лимиты возмещения по таким расходам.

4.1.3. расходы на проведение поисково-спасательных работ:

Сервисный центр организует проведение поисково-спасательных работ на воде и береговой линии – мероприятий, проводимых с целью определения местоположения Застрахованного, оказания ему первой медицинской помощи, эвакуации Застрахованного, если он не способен перемещаться сам, в медицинское учреждение или к месту, в котором Застрахованный может быть передан службе скорой помощи.

Поиск должен продолжаться до тех пор, пока это будет признано целесообразным. Решение о прекращении поисков выносится компетентными органами (сервисная компания, поисково-спасательные службы и иные источники, которые вправе участвовать в принятии подобных решений).

Указанные расходы возмещаются в пределах страховой суммы, установленной Договором страхования, или лимитов возмещения, если в Договоре страхования установлен лимит возмещения по таким расходам

4.2. Не признаются страховыми случаями произведенные Застрахованным расходы на "Медицинскую помощь":

4.2.1. связанные с лечением хронических заболеваний, за исключением расходов на оказание медицинской помощи в экстренной и неотложной форме при обострении хронического заболевания, а также заболеваний, известных или существующих к моменту заключения договора страхования, независимо от того, осуществлялось по ним лечение или нет (в том числе связанных с образованием конкрементов, язв и пр.);

4.2.2. связанные с заболеваниями, травмами, состояниями, имевшимися до начала срока страхования, либо связанные с лечением, которое Застрахованный проходил до начала страхования;

4.2.3. связанные с ухудшением состояния здоровья или смертью Застрахованного в связи с применением лекарственных препаратов, в том числе тех, которые не были назначены врачом, направленным Сервисным центром;

4.2.4. связанные с ухудшением состояния здоровья или смертью Застрахованного в случае, если поездка была противопоказана Застрахованному по состоянию здоровья;

4.2.5. на проведение диагностических манипуляций (в том числе консультаций и лабораторных исследований) и контрольных осмотров без последующего лечения;

4.2.6. на ангиографию, а также расходы, связанные с операциями на сердце и сосудах, в том числе ангиопластикой, стентированием, шунтированием и т. п. даже при наличии медицинских показаний к их проведению;

В случае невозможности выделить из общего счета стоимость вышеуказанных манипуляций их стоимость принимается равной двум дням госпитализации (день проведения операции и последующий) и вычитается из суммы итогового счета за госпитализацию.

4.2.7. на лечение онкологических/опухолевых заболеваний и (или) их последствий;

4.2.8. на лечение доброкачественных новообразований вне зависимости от того, знал Застрахованный о данном заболевании до поездки или нет;

4.2.9. на лечение солнечных ожогов и иных острых изменений кожного покрова, вызванных воздействием ультрафиолетового излучения, если иное не предусмотрено Договором страхования;

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

4.2.11. связанные с ведением беременности и ее прерыванием вне зависимости от срока;

4.2.12. связанные с родовспоможением и послеродовым уходом за ребенком;

4.2.13. связанные с патологическим протеканием беременности, осложнениями при беременности вне зависимости от ее срока, за исключением оказания экстренной, неотложной медицинской помощи при внemаточной беременности;

4.2.14. на лечение венерических заболеваний, заболеваний, передающихся преимущественно половым путем, а также заболеваний, являющихся их следствием, ВИЧ-инфекции, СПИДа и любых форм гепатита и их последствий (осложнений);

4.2.15. связанные с пластической и восстановительной хирургией, трансплантологией (пересадкой органов) и всякого рода протезированием, включая зубное, глазное, ортопедическое, а также стоимость протезов, эндопротезов, имплантатов (в том числе наборов ангиографии, ангиопластики, стентирования, электрокардиостимуляторов и пр.);

4.2.16. на следующие виды стоматологической помощи: протезирование, ортодонтическое лечение, установку имплантов, косметические и профилактические мероприятия, удаление зубного камня, общие медицинские осмотры и консультации, если такие расходы превышают лимит возмещения, установленный в Договоре страхования согласно п.4.1.1.4. настоящих Правил;

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

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

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

4.2.20. по лечению Застрахованного и (или) уходу за ним, осуществляемыми его родственниками, а также расходы, связанные с обеспечением пребывания родственников Застрахованного, обусловленного его лечением и последующим возвращением в страну постоянного пребывания;

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

4.2.22. связанные с оказанием транспортных и иных услуг, не подтвержденных соответствующими документами (счет, квитанция, чек);

4.2.23. на реабилитацию, восстановительное лечение и физиотерапию;

4.2.24. на проведение курса лечения на курортах, в санаториях, пансионатах, домах отдыха и других подобных учреждениях, а также на лечение заболеваний, являющихся следствием этого лечения, и (или) осуществление реабилитации, в том числе посмертной;

4.2.25. на проведение вакцинаций, исключая случаи вакцинации против бешенства, энцефалита, в случае если это предусмотрено в соответствии с программой страхования Договором страхования;

4.2.26. на проведение плановых операций и госпитализаций, даже если указанные мероприятия связаны со страховым случаем, произошедшим в период действия Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования;

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

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

4.2.29 по оплате экстренных и срочных коммуникаций (сообщений, переговоров), связанных с урегулированием последствий страхового случая, подтвержденные соответствующими документами, если иное не предусмотрено Договором страхования.

4.2.30. произведенные Застрахованным после возвращения в страну постоянного места жительства, а также после прекращения срока действия страхования, за исключением декомпрессионной болезни и баротравмы легких;

При этом Застрахованный обязан сообщить Страховщику о факте заболевания и необходимости прохождения лечения по месту жительства в течение 7 (семи) календарных дней с момента (даты) возвращения в страну постоянного проживания;

4.2.31. по стационарному лечению, медико-транспортные, транспортные расходы, расходы по посмертной репатриации, не санкционированные Сервисным центром;

Страховщик вправе оплатить такие расходы полностью или частично, если сочет причины не обращения в Сервисный центр объективными.

4.2.32. связанные с диагностированием и лечением серных пробок;

4.2.33. возникшие в результате добровольного отказа Застрахованного от эвакуации в страну постоянного проживания в тех случаях, когда она разрешена по медицинским показаниям, если иное не предусмотрено Договором страхования;

4.2.34. возникшие после совершения погружений на сжатом воздухе на глубину более 40 метров;

Ограничение не применяется при совершении технических погружений в соответствии с сертификатом, позволяющим совершать такие погружения и если к тарифу применён повышающий коэффициент.

4.3. События, указанные в п. 4.1.1 Правил, также не признаются страховыми случаями, если они связаны с:

4.3.1. судорожными состояниями;

4.3.2. психическими заболеваниями и состояниями, неврозами (панические атаки, депрессии, истерические синдромы и т. п.), усталостью, переутомлением;

4.3.3. передозировкой и (или) неправильным применением лекарственных средств, а также с индивидуальной непереносимостью принятых препаратов и (или) их отдельных компонентов;

4.3.4. употреблением алкогольсодержащих средств (наличие признаков употребления алкогольсодержащих средств может быть отражено в медицинских заключениях/рапортах, зафиксировано в показаниях свидетелей и иных документах, относящихся к произошедшему событию) и (или) по причине нахождения застрахованного под воздействием алкогольсодержащих средств, что может быть отражено в медицинских заключениях/рапортах, зафиксировано в показаниях свидетелей и иных документах, относящихся к произошедшему событию;

4.3.5. употреблением наркотических, токсических средств и иных психоактивных веществ (наличие признаков употребления наркотических, токсических средств и иных психоактивных веществ может быть отражено в медицинских заключениях/рапортах, зафиксировано в показаниях свидетелей и иных документах, относящихся к произошедшему событию) и (или) по причине нахождения застрахованного под воздействием наркотических, токсических средств и иных психоактивных веществ, что может быть отражено в медицинских заключениях/рапортах, зафиксировано в показаниях свидетелей и иных документах, относящихся к произошедшему событию;

4.3.6. самоубийством (покушением на самоубийство) Застрахованного;

4.3.7. стихийными бедствиями и их последствиями, эпидемиями, карантином, падением метеоритов и иных космических тел/объектов;

4.3.8. умышленными действиями Застрахованного, Страхователя и (или) Выгодоприобретателя, направленными на наступление события, признаваемого по настоящим Правилам страховым случаем;

4.3.9. полетом Застрахованного на летательном аппарате, управлением им, кроме случаев полета в качестве пассажира на самолете гражданской авиации, управляемом лицензированным пилотом, если иное не предусмотрено Договором страхования;

4.3.10. полетом Застрахованного на безмоторных летательных аппаратах, моторных планерах, сверхлегких летательных аппаратах, а также прыжками с парашютом и полетами на парашюте, если иное не предусмотрено Договором страхования;

4.3.11. службой Застрахованного в любых вооруженных силах и формированиях;

4.5.12. любительскими (на разовой основе, например, на период отпуска, каникул или в выходные дни) или профессиональными занятиями спортом с повышенной опасностью, опасными хобби (занятия сноубордом или горными лыжами на специально оборудованных и предназначенных для этого трассах, водными лыжами, вейкбордингом, серфингом, рафтингом, скачки, участие в мотокроссе, триале, спелеотуризм, паркур, бои без правил, охота на крупную дичь, а также другие виды хобби/спорта, которые не относятся к видам, указанным в п. 4.3.13 настоящих Правил), если иное не предусмотрено Договором страхования;

4.3.13. любительскими (на разовой основе, например, на период отпуска, каникул или в выходные дни) или профессиональными занятиями экстремальными видами спорта, экстремальными хобби (занятия горными лыжами или сноубордом вне специально оборудованных и предназначенных для этого трасс, альпинизм, скалолазание, ледолазание, трекинг (пешие походы без применения альпинистского снаряжения), а также другие экстремальные виды хобби/спорта), если иное не предусмотрено Договором страхования (может быть предусмотрено только для программ страхования Дайвинг Голд плюс Тревел (Diving Gold + Travel) или Дайвинг Платинум плюс Тревел (Diving Platinum + Travel));

4.3.14. управлением моторными транспортными средствами (за исключением автомобиля) и (или) ездой на моторных транспортных средствах в качестве пассажира, в том числе водными (парусными лодками/яхтами с мотором, водными скутерами, мотороллерами, мопедами, скутерами, яхтами и пр.), если иное не предусмотрено Договором страхования;

4.4. Если иное не предусмотрено Договором страхования, события, указанные в п. 4.1 настоящих Правил, не признаются страховыми случаями, если поездка предпринята:

4.4.1. для занятий деятельностью, связанной с повышенной опасностью (в том числе в качестве шахтера, строителя, электромонтажника и т. п.);

4.4.2. с целью получения лечения;

При этом Страховщик в том числе не возмещает расходы на лечение, которое является целью поездки, а также расходы, вызванные ухудшением состояния здоровья или смертью Застрахованного в связи с этим лечением.

Обострение хронического заболевания не будет считаться страховым случаем, а Страховщик не будет возмещать расходы на оказание медицинской помощи в экстренной и (или) неотложной форме, а также расходы, связанные с организацией иных услуг, в том числе транспортных услуг и услуг по посмертной репатриации, предусмотренных настоящими Правилами и Договором страхования, если поездка была предпринята с целью получения лечения, если иное прямо не установлено в Договоре страхования.

4.5. Если Договором страхования не предусмотрено иное, не являются страховыми случаями события:

4.5.1. произошедшие по причине гражданской войны, народных волнений или забастовок, а также в результате террористического акта или диверсии

Для целей настоящих Правил:

- "**террористический акт**" - взрыв, поджог или иные действия третьих лиц, устрашающие население и создающие опасность гибели человека, причинения значительного имущественного ущерба либо наступления иных тяжких последствий, в целях воздействия на принятие решения органами власти или международными организациями (квалифицируемое по ст.205 УК РФ);
- "**диверсия**" - взрыв, поджог или иные действия третьих лиц, направленные на разрушение или повреждение предприятий, сооружений, путей и средств сообщения, средств связи, объектов жизнеобеспечения населения в целях подрыва экономической безопасности и обороноспособности РФ (квалифицируемое по ст.281 УК РФ).

4.5.2. произошедшие вследствие военных действий всякого рода, военных мероприятий или их последствий, конфискации, реквизиции, ареста, уничтожения или повреждения имущества по распоряжению военных властей, гражданских властей или иных административных органов;

4.5.3. произошедшие вследствие управляемой или неуправляемой ядерной реакции, радиоактивным излучением, радиоактивным загрязнением.

4.6. В Договоре страхования по соглашению сторон может быть предусмотрено страхование рисков, исключенных согласно п.п. 4.2.9., 4.2.25, 4.2.26., 4.2.29., 4.2.33., 4.3.10., 4.3.12, 4.3.13, 4.3.14, 4.3.15.

В зависимости от степени риска и иных обстоятельств, оцениваемых Страховщиком при заключении Договора страхования, Страховщик имеет право применить к базовым тарифным ставкам повышающие коэффициенты согласно Приложению 1 к настоящим Правилам страхования и потребовать уплаты Страхователем дополнительной страховой премии.

4.7. Страховщик на основании настоящих Правил вправе формировать условия страхования к отдельному Договору страхования или отдельной группе Договоров страхования, ориентированные на конкретного Страхователя или группу Страхователей (Застрахованных), а также создавать страховые продукты, в той мере, в какой это не противоречит законодательству РФ и настоящим Правилам.

Такие типовые условия страхования (далее по тексту - Программы страхования) прилагаются к Договору страхования и являются его неотъемлемой частью.

4.8. Договор страхования (полис) может быть заключен на случай наступления событий, указанных в п. 4.1.1. настоящих Правил и дополнительных расходов по выбору Страхователя согласно пп. 4.1.2., 4.1.3. и 4.6. настоящих Правил:

Страхователь вправе выбрать одну из предлагаемых Страховщиком Программ страхования: Дайвинг Сильвер (Diving Silver), Дайвинг Голд (Diving Gold), Дайвинг Платинум (Diving Platinum), Инструктор (Instructor), Дайвинг Голд плюс Тревел (Diving Gold + Travel) или Дайвинг Платинум плюс Тревел (Diving Platinum + Travel).

4.8.1. При выборе программ **Сильвер**, **Голд** и **Платинум** действие страхования распространяется на медицинские, медико-транспортные, поисково-спасательные работы и расходы по репатриации, если только страховой случай с Застрахованным произошёл во время дайвинга в открытой воде.

4.8.2. В случае, если Страхователь выбрал программы **Голд плюс Тревел**, **Платинум плюс Тревел** и **Инструктор**, то действие страхования распространяется на медицинские, медико-транспортные, поисково-спасательные работы и расходы по репатриации по страховым случаям, связанным с занятием дайвингом в открытой воде, а также со случаями, которые могут произойти с Застрахованным во время путешествия и не связанные с дайвингом.

4.8.3. **Программа Инструктор** включает страхование от рисков, связанные с занятием Застрахованным техническим дайвингом и не требует применения дополнительного повышающего коэффициента по данному риску.

4.9. Застрахованные считаются застрахованными только в пределах той территории, которая указана в Договоре страхования в качестве Территории страхования.

4.10. Договор страхования (полис) не действует в той стране, где Застрахованный имеет вид на жительство (иной документ, его заменяющий) и (или) гражданином которой он является, и (или) прекращает свое действие после получения Застрахованным вида на жительство (иного документа, его заменяющего) и (или) гражданства страны выезда, если иное не предусмотрено Договором страхования.

5. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. ФРАНШИЗА

5.1. Страховая сумма – денежная сумма, которая определена в порядке, установленном федеральным законом и (или) Договором страхования при его заключении и исходя из которой устанавливается размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон, но не может быть меньше суммы, определенной законодательством Российской Федерации, если такие ограничения установлены.

Общая сумма выплат за один или несколько страховых случаев, произошедших в период действия договора страхования, не может превышать размера страховой суммы, указанной в страховом полисе. Договором страхования могут быть установлены дополнительные страховые суммы (лимиты ответственности) страховщика по отдельным рискам либо расходам, предусмотренным Договором страхования.

5.2. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику (его уполномоченному представителю) в порядке и в сроки, установленные Договором страхования. Страховая премия (страховые взносы) уплачивается страхователем в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных валютным законодательством Российской Федерации и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования.

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

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

5.4. Размер страховой премии указывается в Договоре страхования (страховом полисе) и (или) счете на оплату страховой премии, являющимся неотъемлемой частью Договора страхования.

5.5. Страховая премия по Договору страхования уплачивается Страхователем единовременно за весь период страхования, если Договором страхования не предусмотрен иной порядок оплаты страховой премии.

Порядок и сроки уплаты страховой премии определяются Договором страхования.

5.6. Страховая премия может быть уплачена Страхователем наличными деньгами в кассу Страховщика, уполномоченному представителю Страховщика или безналичным путем на расчетный счет Страховщика. При заключении договора страхования в электронной форме оплата страховой премии производится в безналичной форме.

Страховая премия считается уплаченной:

а) При безналичной форме – в момент поступления страховой премии на расчетный счет Страховщика, но не ранее даты начала действия Договора страхования;

б) При уплате наличными деньгами – в момент уплаты страховой премии, но не ранее даты начала действия Договора страхования.

5.7. Страховая премия по соглашению сторон и в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации может устанавливаться как в российских рублях, так и в валютном эквиваленте. Страховая премия, установленная в валютном эквиваленте, уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации на дату заключения Договора страхования, если иной курс не установлен соглашением сторон. В случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, страховая премия может уплачиваться в иностранной валюте (валютном эквиваленте).

5.8. Если иное не предусмотрено соглашением сторон и (или) не связано с особенностями порядка заключения Договора страхования, страховая премия уплачивается Страхователем в день заключения Договора страхования.

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

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

5.11. В соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной (Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером

убытка и размером франшизы).

5.12. Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

5.13. Если в договоре страхования предусмотрена безусловная франшиза (сумма, которая оплачивается Застрахованным врачу/медицинскому учреждению и не возмещается Страховщиком), то она действует при оплате расходов по каждому страховому случаю. В случае, когда все расходы по страховому случаю были оплачены Застрахованным/Страхователем, а в договоре страхования предусмотрена безусловная франшиза, Страховщик выплачивает страховое возмещение за вычетом данной суммы (франшизы).

6 ДЕЙСТВИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования (полис) заключается на срок пребывания Застрахованного вне административных границ места постоянного проживания, но не более чем на один год, если иное не предусмотрено Договором страхования.

6.2. Договор страхования (полис) не действует в той стране, где Застрахованный имеет вид на жительство (иной документ, его заменяющий) и (или) гражданином которой он является, и (или) прекращает свое действие после получения Застрахованным вида на жительство (иного документа, его заменяющего) и (или) гражданства страны выезда, если иное не предусмотрено Договором страхования.

6.3. Договор страхования (полис) вступает в силу в 00 часов 00 минут дня, следующего за датой заключения Договора страхования, но не ранее даты уплаты Страхователем страховой премии за весь период страхования и только после пересечения Застрахованным государственной границы страны выезда (отметка пограничных служб в заграничном паспорте), если иное не предусмотрено Договором страхования. При этом днем заключения Договора страхования (полиса) считается дата выдачи полиса или дата

подписания Договора, если Договор страхования (полис) заключен в форме составления одного документа.

6.4. Если к моменту окончания срока действия Договора страхования возвращение Застрахованного из-за границы Российской Федерации невозможно в связи с госпитализацией, вызванной страховым случаем, что подтверждается соответствующим медицинским заключением, Страховщик обязан произвести выплаты по случаям, признанным страховыми и наступившим в период действия страхования.

7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования (полис) заключается на основании заявления Страхователя. Договор страхования (полис) заключается в письменной форме. Договор страхования (полис) может быть заключен путем составления одного документа, подписанного Сторонами, либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления Договора страхования (свидетельства, сертификата, квитанции), подписанного Страховщиком. В последнем случае согласие Страхователя заключить Договор на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика указанных в первом абзаце настоящего пункта документов.

Договор страхования (полис) в соответствии с настоящими Правилами должен быть заключен до въезда Застрахованного в страну/регион, указанные в Договоре страхования как территория действия, если иное прямо не указано в Договоре страхования. Договор страхования (полис), заключенный с нарушением данного условия, считается не вступившим в силу, если иное не указано в Договоре страхования.

7.1.1. Договор страхования (полис) может быть заключен:

а) В виде электронного документа через официальный сайт ООО "Страховая компания "ТИТ", www.titins.ru

б) В стандартном порядке при непосредственном обращении Страхователя к Страховщику (его уполномоченному представителю) с устным или письменным заявлением о своем намерении заключить Договор страхования (полис).

Страховщик информирует Получателей страховых услуг о способах и порядке подачи Страховщику письменного или устного заявления о заключении договора страхования или об ином порядке заключения Договора страхования, а также необходимости ознакомления с Правилами и Договором страхования.

7.1.2. Договор страхования (полис) может быть составлен в виде электронного документа с учетом особенностей, определенных действующим законодательством РФ. При этом в случае направления Страховщиком Страхователю – физическому лицу на основании его заявления в письменной или устной форме Договора страхования (страхового полиса, свидетельства, сертификата, квитанции), подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением требований действующего законодательства РФ, Договор страхования (полис), составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса).

В соответствии с главой 28, ст. 940, 943 Гражданского кодекса Российской Федерации, вручение Договора страхования на основании устного или письменного заявления Страхователя может быть осуществлено путем направления Страхователю курьером, посредством информационно-телекоммуникационной сети Интернет, а также с помощью почтовой, электронной и иной связи (в том числе в форме электронного документа), содержащего настоящие Правила, что является офертой для заключения Договора страхования на условиях, содержащихся в Договоре страхования и Правилах страхования. Уплата страховой премии или первого страхового взноса (если Договором

страхования предусмотрена оплата страховой премии в рассрочку) в срок, указанный в Договоре страхования, подтверждает согласие Страхователя заключить Договор страхования (полис) на предложенных условиях, факт ознакомления с настоящими Правилами и получения настоящих Правил страхования и , а также всех приложений к Договору страхования.

Договор страхования (полис) должен содержать список всех Застрахованных. В соответствии с условиями Договора страхования, заключенного в отношении нескольких Застрахованных, Страховщик может выдать Страхователю именные Договоры страхования для каждого Застрахованного.

Факт ознакомления Страхователя с условиями настоящих Правил и Договора страхования (полиса) может подтверждаться, в том числе специальными отметками (подтверждениями), проставляемыми Страхователями в электронном виде на сайте Страховщика.

7.2. При заключении Договора страхования, а также при осуществлении иных юридических и фактических действий после заключения Договора страхования между Страховщиком и Страхователем может быть заключено соглашение об использовании сторонами факсимильного воспроизведения подписи и оттиска печати с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи или иного аналога собственноручной подписи и печати в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Страховщик предоставляет Получателю страховых услуг при заключении с ним Договора страхования информацию в объемах и порядке, установленном действующем законодательством, и Правилами страхования, а также Правила, программы и дополнительные условия страхования, если они являются неотъемлемой частью Договора страхования.

7.2.1. Для соблюдения требований действующего законодательства в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма Страховщик осуществляет идентификацию Получателей страховых услуг (их представителей) до приема на обслуживание и при урегулировании требований о страховой выплате. .

При проведении идентификации Страховщик вправе требовать от Получателя страховых услуг документы, удостоверяющие личность, учредительные документы, документы о государственной регистрации юридического лица (индивидуального предпринимателя), а также иные документы, предусмотренные действующим законодательством и нормативными актами Банка России.

7.2.2.При обращении Страхователя к Страховщику (его уполномоченному представителю) с устным или письменным заявлением о своем намерении заключить Договор страхования (полис) Страхователь передает следующие данные:

- а) Фамилия, имя, отчество /наименование Страхователя;
- б) Фамилию, имя, отчество на русском языке и в латинской транскрипции (как в заграничном паспорте), дату рождения, адрес, телефон Застрахованного;
- в) Юридический адрес, телефон, банковские реквизиты Страхователя – юридического лица;
- г) Список застрахованных, если Страхователь – юридическое лицо;
- д) Планируемые даты начала и окончания пребывания за границей Российской Федерации, количество дней, в течение которых будет действовать Договор страхования (полис) ;
- е) Страны, на территории которых должен действовать Договор страхования (полис) ;
- ж) Цель поездки;
- з) Страховую сумму;
- и) Желаемый объем страхового покрытия;

к) Информацию о странах, гражданином которых Застрахованный является и (или) в ко- торых имеет вид на жительство/иной документ, его заменяющий;
л) Информацию о Выгодоприобретателе.

7.2.3. Для физического лица:

7.2.3.1. фамилия; имя; отчество; дата рождения и место рождения; гражданство; адрес регистрации; адрес проживания; серия, номер и дата выдачи паспорта/иного документа, удостоверяющего личность; название и код подразделения, выдавшего паспорт/иной документ, удостоверяющий личность; ИНН (при наличии); информация о страховом номере индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии) - СНИЛС;

отношение к иностранному публичному должностному лицу, должностному лицу публичных международных организаций, а также лицам, замещающим (занимающим) государственные должности РФ, должности членов Совета директоров Центрального банка РФ, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в Центральном банке РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ; должность страхователя к перечисленным выше лицам и адрес работодателя; степень родства либо статус к указанным в данном абзаце лицам.

Дополнительно в отношении иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории РФ:

А) Данные миграционной карты (в случае если необходимость наличия миграционной карты предусмотрена законодательством Российской Федерации): номер карты; дата начала срока пребывания в РФ; дата окончания срока пребывания в РФ.

Б) Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации (если наличие указанных данных предусмотрено законодательством Российской Федерации): серия (если имеется) и номер документа; дата начала срока действия права пребывания (проживания); дата окончания срока действия права пребывания (проживания). • Дополнительно для ИП: основной государственный регистрационный номер, место регистрации;

7.2.3.2. сведения о бенефициарном владельце страхователя (в случае если бенефициарным владельцем страхователя – физического лица является не сам Страхователь) в объеме, установленном п. 8.2.3.1 настоящих Правил;

1 Документами, подтверждающими право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ, являются: - вид на жительство; - разрешение на временное пребывание; - виза; - иной документ, подтверждающий в соответствии с законодательством РФ право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ.

2 Бенефициарный владелец – (в целях Федерального закона от 07.08.2001 № 115-ФЗ) – физическое лицо, которое в конечном счете прямо или косвенно (через третьих лиц) владеет (имеет преобладающее участие более 25% (двадцати пяти процентов) в капитале) Клиентом – юридическим лицом либо имеет возможность контролировать действия Клиента. Бенефициарным владельцем Клиента – физического лица считается это лицо, за исключением случаев, если имеются основания полагать, что бенефициарным владельцем является иное физическое лицо.

7.2.3.3. сведения о представителе Страхователя в объеме, предусмотренном п. 8.6.1.1 настоящих Правил; документ, подтверждающий полномочия представителя, паспорт либо иной документ, удостоверяющий личность представителя;

7.2.3.4. сведения о текущем состоянии здоровья Страхователя/Застрахованного.

7.2.3.5. Если Страхователь - юридическое лицо:

- наименование организации, с указанием организационно-правовой формы и страны регистрации;
- ИНН или код иностранной организации Страхователя;
- юридический адрес (адрес места нахождения);
- фактический адрес
- номера телефона, факса, других средств связи;
- основной государственный регистрационный номер согласно свидетельству о государственной регистрации юридического лица либо свидетельству о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц – для юридических лиц, зарегистрированных в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- место государственной регистрации;
- номер записи об аккредитации филиала, представительства иностранного юридического лица в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц, регистрационный номер юридического лица по месту учреждения и регистрации - для нерезидента;
- Сведения об органах юридического лица (структура и персональный состав органов управления юридического лица, за исключением сведений о персональном составе акционеров (участников) юридического лица, владеющих менее чем одним процентом акций (долей) юридического лица.
- Банковский идентификационный код – для кредитных организаций - резидентов;
- Коды ОКПО, ОКАТО (при наличии);
- сведения о лицензии на право осуществления деятельности, подлежащей лицензированию: вид, номер, дата выдачи лицензии, кем выдана, срок действия, перечень видов лицензируемой деятельности.
- сведения о бенефициарных владельцах Страхователя в объеме сведений, предусмотренных для физ. лиц (п. 8.6.1.1.).

7.2.4. Для индивидуального предпринимателя:

7.2.4.1. фамилия; имя; отчество; дата и место рождения; адрес места регистрации/места жительства, почтовый адрес;

паспорт либо иной документ, удостоверяющий личность, миграционная карта (для иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории РФ); данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации (для иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории РФ), ИНН (при наличии), номера телефона, факса, других средств связи; серия, номер и дата выдачи паспорта/иного документа, удостоверяющего личность; название и код подразделения, выдавшего паспорт/иной документ, удостоверяющий личность; государственный регистрационный номер, ИНН; номера телефона, факса, других средств связи.

7.2.4.2. сведения о принадлежности к иностранному публичному должностному лицу и (или) его родственнику, должностному лицу публичной международной организации, а также лицу, замещающему (занимающему) государственную должность в РФ, должность члена Совета директоров ЦБ РФ, должность федеральной государственной службы, назначение и освобождение от которой осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должность в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных в РФ на основании федеральных законов, включенную в перечни должностей, определяемые Президентом РФ. Должность страхователя, указанного в п. 8.2.3.5 настоящих Правил;

8.2.3.6. сведения о регистрации в качестве индивидуального предпринимателя: основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя согласно свидетельству о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя (свидетельству о внесении записи в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об индивидуальном предпринимателе, зарегистрированном до 1 января 2004 г.), место регистрации;

7.2.4.3. сведения о финансовом положении, деловой репутации, целях финансово-хозяйственной деятельности;

7.2.4.4. сведения о бенефициарном владельце (в случае если бенефициарным владельцем Страхователя является не сам Страхователь)

7.2.4.5. документ, подтверждающий полномочия представителя юридического лица (протокол/приказ/доверенность, иное); паспорт либо иной документ, удостоверяющий личность представителя; сведения о представителе индивидуального предпринимателя.

7.2.5. Если Страхователь - иностранная структура без образования юридического лица:

- наименование, фирменное наименование на русском языке (полное и(или) сокращенное) и(или) на иностранных языках (при наличии);

- регистрационный номер (номера), присвоенный иностранной структуре без образования юридического лица в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) при регистрации (инкорпорации) (при наличии); • код (коды) иностранной структуры без образования юридического лица в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) в качестве налогоплательщика (или их аналоги) (при наличии);

- место государственной регистрации (местонахождение); • место ведения основной деятельности; • структура и персональный состав органов управления иностранной структуры без образования юридического лица (при наличии). • состав имущества, находящегося в управлении (собственности), Фамилия, имя и отчество (при наличии) (наименование) и адрес места жительства (места нахождения) учредителей и доверительного собственника (управляющего) – для трастов и иных иностранных структур без образования юридического лица с аналогичной структурой или функцией; • сведения о бенефициарных владельцах Страхователя.

7.2.6. Сведения о выгодоприобретателях – физических лицах в объеме, предусмотренном настоящими Правилами; сведения о выгодоприобретателях – юридических лицах в объеме, предусмотренном настоящими Правилами; сведения о выгодоприобретателях – индивидуальных предпринимателях в объеме, предусмотренном настоящими Правилами.

7.2.7. Для всех категорий Страхователей: документ, удостоверяющий личность представителя Страхователя, доверенность или иной документ, свидетельствующий о наличии и объеме полномочий представителя Страхователя (наименование, дата выдачи, срок действия, номер документа, на котором основаны полномочия); сведения о представителе, в объеме сведений, предусмотренных для физ. лиц; сведения о выгодоприобретателях в объеме сведений, предусмотренных для физ. лиц, юр. лиц, иностранной структуры без образования юридического лица; сведения о финансовом положении, деловой репутации, целях финансово хозяйственной деятельности; об источниках происхождения денежных средств и (или) иного имущества. Номера телефонов, факсов, иная контактная информация (при наличии).

7.3. Страховщик вправе сократить перечень указанных в п. 8.2 документов и (или) сведений, необходимых для заключения Договора страхования.

7.4. При необходимости по требованию Страховщика перед заключением Договора страхования лица, заявленные на страхование в качестве Застрахованных, предоставляют сведения о состоянии своего здоровья. Страховщик при заключении Договора страхования вправе запросить у Застрахованного паспортные данные, сведения о регистрации по месту жительства, данные Договора о реализации туристского продукта, данные иных документов, подтверждающих намерение осуществить поездку (подтверждение брони отеля (гостиницы), проездных документов).

7.5. При заключении Договора страхования Страхователь (Застрахованный) обязан сообщить Страховщику все известные Страхователю (Застрахованному) обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового

случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска). При этом существенными являются обстоятельства, указанные в Договоре страхования (декларации Застрахованного), в заявлении на страхование Застрахованного, по форме, установленной Страховщиком или в письменном запросе Страховщика.

7.6. Сообщение Страховщику заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, дают Страховщику право потребовать признания Договора страхования недействительным и применения последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.7. При заключении Договора страхования Страховщик вправе потребовать проведения медицинских обследований каждого принимаемого на страхование лица для оценки фактического состояния его здоровья в соответствии с п. 2 ст. 945 Гражданского кодекса Российской Федерации и предоставления следующей медицинской документации:

7.7.1. справку (и) из медицинского учреждения с указанием диагноза и сроков лечения. Документ должен иметь штамп и печать лечебно-поликлинического учреждения (ЛПУ);

7.7.2. биохимический анализ крови и анализы, определяющие содержание глюкозы в крови и моче;

7.7.3. описание рентгенограмм (ы), данные МРТ, компьютерную томограмму, ультразвуковое исследование из медицинского учреждения с номером и датой, заверенные печатью ЛПУ, в случае если таковые исследования проводились;

7.7.4. историю болезни, выданную медицинским учреждением;

7.7.5. копию карты, заверенную ЛПУ, и (или) выписки из карт амбулаторного и (или) стационарного больного полностью за все время лечения с диагнозами и датами их установления из всех медицинских учреждений, в которых Застрахованное лицо получало медицинскую помощь, а также содержащие данные об обращениях;

7.7.6. копию (и) справки (ок) об установлении инвалидности (ранее выданных), заверенную (ые) выдавшим ее учреждением, и (или) копии всех ранее выданных направлений на МСЭ, и (или) копию акта освидетельствования бюро МСЭ о результатах обследования и установления группы инвалидности, заверенную органом МСЭ, и (или) копии всех ранее выданных актов освидетельствования бюро МСЭ, заверенные органом МСЭ, о результатах обследования и установления группы инвалидности;

7.7.7. копию карты наблюдения у гинеколога по беременности (обменную карту);

7.7.8. справку из психоневрологического диспансера (ПНД) и (или) справку из наркологического диспансера;

7.7.9. справку из медицинского учреждения с указанием даты анализа и результатов крови на ВИЧ;

7.7.10. справку из медицинского учреждения с указанием даты и результатов анализов на ЗППП (заболевания, передающиеся половым путем) и (или) справку из кожно-венерологического диспансера (КВД);

7.7.11. справку из туберкулезного диспансера.

7.8. Страховщик вправе отложить заключение Договора страхования, если лицо, заявленное на страхование в качестве Застрахованного, находится на госпитализации и (или) временно нетрудоспособно по иным причинам, связанным с нарушениями состояния здоровья, либо до момента получения от Страхователя или компетентного органа дополнительной или уточняющей информации о состоянии здоровья лиц, принимаемых на страхование или результатов их медицинского обследования.

7.9. В случае утери Договора страхования Страхователем (Застрахованным) Страховщик на основании заявления Страхователя выдает дубликат документа, после чего утраченный экземпляр Договора страхования считается не имеющим юридической

силы с момента подачи заявления Страхователя и страховые выплаты по нему не производятся.

7.10. Все изменения условий Договора страхования производятся по соглашению Сторон и оформляются в виде дополнительных соглашений, являющихся неотъемлемой частью Договора страхования. Дополнительные соглашения оформляются в письменной форме.

7.11. При заключении Договора страхования по рискам, предусмотренным п. 4.6 Правил, Страхователь/Застрахованный по требованию Страховщика предоставляет оригинал справки с печатью и подписью медицинского учреждения о состоянии здоровья, имеющихся заболеваниях и об отсутствии противопоказаний для совершения запланированной поездки.

7.12. Договор страхования (полис) по усмотрению Страховщика может быть заключен без медицинского освидетельствования Застрахованного. По требованию Страховщика Застрахованный должен заполнить опросный лист.

7.13. Заключение договора страхования в электронной форме.

Для заключения Договора страхования в электронной форме Страхователь подает Страховщику заявление о страховании через официальный Сайт Компании www.titins.ru путем заполнения формы анкеты-заявления на страхование.

Заявление Страхователя должно содержать:

- а) Фамилию, имя, отчество/наименование Страхователя;
- б) Фамилию, имя, отчество на русском языке и в латинской транскрипции (как в заграничном паспорте), дату рождения, адрес, телефон Застрахованного;
- в) Юридический адрес, телефон, банковские реквизиты, Страхователя – юридического лица;
- г) Планируемые даты начала и окончания пребывания за границей Российской Федерации, количество дней, в течение которых будет действовать Договор страхования (полис) ;
- д) Страны, на территории которых должен действовать Договор страхования (полис) ;
- е) Цель поездки;
- ж) Страховую сумму;
- з) Желаемый объем страхового покрытия.

Одновременно с заявлением о страховании Страховщик вправе потребовать у Страхователя документы (электронные копии документов), подтверждающие сведения, сообщенные в Заявлении, а также документы (электронные копии документов), необходимые для оценки риска Страховщиком, а именно:

— документ, удостоверяющий личность, в том числе паспорт гражданина РФ, временное удостоверение личности, удостоверение личности или военный билет военнослужащего, общегражданский заграничный паспорт, удостоверение беженца, паспорт моряка,

паспорт иностранного гражданина либо вид на жительство иностранного гражданина, лица без гражданства;

— заверенные копии учредительных документов, лицензий, иных документов, на основании которых Страхователь – юридическое лицо осуществляет деятельность.

На основании электронного запроса, изложенного в том числе в виде условия страхования и (или) анкеты на Сайте Компании, для заключения Договора страхования Страхователь предоставляет информацию и документы в электронном виде (в том числе в виде электронных файлов в формате pdf, jpg и т. д.).

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

Медицинское обследование Застрахованного при заключении Договора страхования в электронном виде не производится.

Страховщик имеет право проверить достоверность указанных Страхователем (Застрахованным) в заявлении и (или) анкете сведений.

Если после заключения Договора страхования Страховщиком будет установлено, что в заявлении на страхование Страхователь сообщил заведомо ложные сведения, влияющие на степень риска и вероятность наступления страхового случая, то Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных законодательством РФ.

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, подписенному собственноручной подписью полномочного представителя ООО "Страховая компания "ТИТ".

При электронном страховании Страхователь оплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в Договоре страхования и настоящих Правилах страхования, подтверждая тем самым свое согласие на заключение Договора страхования на предложенных Страховщиком условиях. Факт ознакомления Страхователя с условиями Правил и Договора страхования может подтверждаться, в том числе специальными отметками (подтверждениями), проставляемыми Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика. Текст настоящих Правил либо выписка из настоящих Правил (полисные условия), сформированная на основе положений настоящих Правил, относящихся к конкретному договору страхования (страховому продукту) и на основе которых заключен Договор страхования (полис), дополнительно включается в текст электронного страхового полиса. Договор страхования (полис), составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии.

Заключение Договора страхования в электронной форме может осуществляться в отношении любого из рисков, предусмотренных настоящими Правилами, либо их совокупности.

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

По решению Страховщика перечень документов/информации, приведенный в пп. 8.2, 8.3 настоящих Правил, может быть сокращен, если это не влияет на оценку риска, вероятности наступления страхового случая, а также определение размера ущерба и получателя страхового возмещения.

7.15. При заключении Договора страхования Застрахованный освобождает врачей от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком.

7.16. Заключая Договор страхования (полис) на основании настоящих Правил, Страхователь дает свое согласие и подтверждает согласие Выгодоприобретателя(-ей) и Застрахованного(-ых), названных в Договоре страхования, с тем, что Страховщик может осуществлять обработку указанных в нем персональных данных физических лиц в течение всего срока действия и последующие 50 (пятьдесят) лет с момента прекращения действия Договора.

Под персональными данными Страхователь, Выгодоприобретатель(-и) и Застрахованный(-ые), названные в Договоре страхования, понимают указанную в Договоре страхования информацию, относящуюся к прямо или косвенно определенному или определяемому из названных в Договоре страхования Страхователю,

Выгодоприобретателю и Застрахованному, в том числе фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, номер телефона, адрес электронной почты, семейное, социальное, имущественное положение, наличие детей, образование, профессия, доходы, паспортные данные.

Страхователь обязуется предоставить Страховщику названные в настоящем пункте согласия физических лиц (Выгодоприобретателя(-ей) и Застрахованного(-ых)) и несет персональную ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение указанного обязательства.

Под обработкой персональных данных Страхователь, Выгодоприобретатель(-и) и Застрахованный(-ые), названные в Договоре страхования, понимают сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Обработка персональных данных осуществляется с использованием средств автоматизации или без использования таких средств в целях изменения, продления, досрочного прекращения Договора страхования, осуществления Страховщиком права требования, перешедшего к Страховщику в порядке суброгации, реализации Страховщиком права требования о возврате неосновательного обогащения в виде излишне выплаченной суммы страхового возмещения, продвижения услуг Страховщика на рынке путем осуществления прямых контактов со Страхователем, Выгодоприобретателей(-ями) и Застрахованным(-ми) с помощью средств связи в статистических и иных исследовательских целях, в том числе и в целях проведения анализа страховых рисков, а также в целях информирования о других страховых продуктах и услугах Страховщика, получения рассылок, направленных на повышение уровня клиентоориентированности и лояльности, включая проведение исследований (опросов) в области сервисных услуг и их качества, предоставляемых Страховщиком по Договору страхования, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком.

Заключая Договор страхования (полис) на основании настоящих Правил, Страхователь дает свое согласие и подтверждает согласие Выгодоприобретателя(-ей) и Застрахованного(-ых), на званных в Договоре страхования, на информирование о других продуктах и услугах, на получение рекламы по сетям электросвязи, а также рассылок, направленных на повышение уровня клиентоориентированности и лояльности, включая проведение исследований (опросов) в области сервисных услуг и их качества, предоставляемых Страховщиком по Договору страхования, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком

. В том числе Страхователь в случае регистрации в личном кабинете ООО "Страховая компания "ТИТ" дает свое согласие на открытие доступа к своим персональным данным (публикацию) путем ввода идентифицирующих Страхователя данных при регистрации в соответствующем разделе сайта www.titins.ru (в том числе с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного Страховщиком).

Заключая Договор страхования (полис) на основании настоящих Правил, Страхователь дает свое согласие и подтверждает согласие Выгодоприобретателя(-ей) и Застрахованного(-ых) лица (лиц), названных в Договоре страхования, на передачу его (их) персональных данных при обработке в указанных целях третьим лицам, в том числе лицу, ответственному за ущерб, возмещенный в результате страхования, при осуществлении Страховщиком права требования, перешедшего к Страховщику в порядке суброгации, а также лицу, получившему неосновательное обогащение в виде излишне выплаченной суммы страхового возмещения.

Заключая Договор страхования (полис) на основании настоящих Правил, Страхователь соглашается с передачей Страховщику персональных данных Страхователя

и данных о наличии других договоров страхования, необходимых для расчета суммы страховой премии, оценки рисков или иных целей, связанных с заключением или исполнением Договоре страхования, ставших ему известными в связи с заключением и исполнением Договора страхования, третьим лицам, с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных, включая третьих лиц, проводящих работу по передаче или записи в информационную систему Страховщика.

Страховщик вправе с соблюдением требований, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, осуществлять обработку, в том числе сбор иных сведений, необходимых для заключения Договора страхования, оценки страховых рисков, определения размера убытков или ущерба, включая специальные категории персональных данных, в том числе содержащихся в общедоступных источниках.

Страховщик обязуется обеспечивать сохранность и неразглашение персональных данных Страхователя в целях иных, нежели те, которые предусмотрены настоящим пунктом.

Указанные в настоящем пункте согласия действуют со дня выдачи согласия до дня истечения пятидесятилетнего периода, исчисляемого с момента прекращения действия Договора страхования либо с момента получения Страховщиком заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных полностью или в части информирования о других продуктах и услугах путем направления письменного заявление Страховщику способом, позволяющим достоверно установить дату получения данного заявления Страховщиком.

В случае полного отзыва субъектом персональных данных своего согласия на обработку персональных данных действие Договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, Договор прекращается полностью, за исключением случаев, когда согласно законодательству Российской Федерации получение согласия субъекта персональных данных на их обработку не требуется. При этом действие Договора страхования прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

После прекращения действия Договора страхования (в том числе при его расторжении), а также в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку своих персональных данных Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в срок, не превышающий 50 (пятидесяти) лет с момента прекращения действия договора либо с момента получения Страховщиком заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

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

7.17. При заключении Договора страхования Страховщик обязан вручить Страхователю настоящие Правила либо выписку из настоящих Правил (полисные условия страхования), сформированную на основе положений настоящих Правил, относящуюся к конкретному страховому продукту и на основе которых заключен Договор, о чем делается запись в Договоре страхования.

Настоящие Правила либо выписка из настоящих Правил, сформированная на основе положений настоящих Правил, относящихся к страховому продукту и на основе которых заключен Договор, могут быть вручены Страхователю в том числе путем информирования об адресе размещения Правил на сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", путем направления файла, содержащего текст Правил, на указанный Страхователем адрес электронной почты.

В случае если Правила страхования были вручены Страхователю одним из способов, указанных в настоящем пункте, без вручения текста Правил на бумажном носителе, это не освобождает Страхователя (Застрахованного) от обязанностей, которые предусмотрены настоящими Правилами. Страхователь имеет право в любой момент действия Договора обратиться к Страховщику за получением текста Правил на бумажном носителе.

7.18. Обязательства сторон, в которых указана иностранная валюта, признаются выраженными в рублях по курсу ЦБ РФ на дату, определяемую для возврата страховой премии при досрочном прекращении договора как день заключения Договора страхования, а при выплате страхового возмещения – как день наступления страхового случая. Для нерезидентов при безналичном расчете – в долларах США/евро по курсу ЦБ РФ на дату, определяемую для возврата страховой премии при досрочном прекращении договора как день заключения договора страхования, а при выплате страхового возмещения – как день наступления страхового случая.

8. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА УЩЕРБА

8.1. При заключении Договора (полиса) страхования Страховщик информирует Получателя страховых услуг об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, в том числе о возможности приема таких документов в электронной форме, если такая возможность предусмотрена условиями Договора или Правил страхования. При изменении таких адресов Страховщик своевременно информирует Получателей страховых услуг на своем официальном сайте, а также непосредственно Получателя страховых услуг при его обращении. В случае невозможности информирования Получателя страховых услуг до наступления события, имеющего признаки страхового случая, об адресах приема документов при наступлении таких событий, Страховщик обеспечивает своевременное получение указанных сведений посредством телефонной связи, по электронной почте, а также иным способом, в случае указания его в договоре страхования, при обращении Получателя страховых услуг.

После того, как Страховщику стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по запросу Получателя страховых услуг он должен быть проинформирован:

1) обо всех предусмотренных Договором и (или) Правилами страхования необходимых действиях, которые Получатель страховых услуг должен предпринять, и обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и представления документов;

2) о предусмотренных Договором и (или) Правилами страхования форме и способах осуществления страховой выплаты и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав Получателя страховых услуг на получение страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в Договоре страхования.

Указанная информация доводится до Получателя страховых услуг в зависимости от формы его обращения к Страховщику в следующем порядке:

- при личной явке Получателя страховых услуг в Офис - в устной форме или по желанию Получателя в письменной форме;

- при обращении Получателя страховых услуг к Страховщику по телефону – в устной форме посредством телефонной связи;

- при получении Страховщиком запроса Получателя страховых услуг по электронной почте – в электронной форме посредством направления ответа на указанный в письме с запросом электронный адрес;

- при получении Страховщиком письменного запроса от Получателя страховых услуг – в письменной форме посредством направления ответа с использованием почтовой связи на указанный в запросе адрес;

- ином порядке, предусмотренном Сторонами в Договоре страхования

8.2. Если необходимость обращения в Сервисный Центр предусмотрена Договором страхования (страховым полисом) и (или) настоящими Правилами, то при наступлении страхового случая Застрахованный (его представитель) обязан:

8.2.1. До обращения/визита в медицинское учреждение, получения / организации / оплаты иных услуг, предусмотренных настоящими Правилами и Договором страхования, проинформировать Сервисный Центр Страховщика по указанным в страховом полисе телефонам о случившемся и сообщить оператору следующую информацию:

а) Фамилию, имя Застрахованного;

б) Номер страхового полиса;

в) Характер требуемой помощи;

г) Местонахождение и номер телефона для обратной связи.

8.2.2. Получать медицинскую и иную помощь в строгом соответствии с инструкциями оператора Сервисного Центра.

Медицинская и иная помощь, предусмотренная настоящими Правилами, может быть оказана Застрахованному только в стране наступления страхового случая, если иное не предусмотрено Договором страхования

8.2.3. Перед получением необходимой помощи предъявить персоналу, ее оказывающему, страховой полис;

8.2.4. Уплатить франшизу в соответствующем размере, если она предусмотрена Договором страхования (в страховом полисе);

8.2.5. Согласовывать свои действия и следовать указаниям оператора Сервисного Центра;

8.2.6 При наступлении страхового случая по риску "Медицинские и медико-транспортные расходы" в период действия Договора страхования и необходимости продолжения начатого на территории страхования лечения Застрахованного, Страховщик несет обязательства по медицинским и иным расходам, а также транспортировке Застрахованного еще в течение 20 (Двадцати) дней после окончания действия Договора страхования, если иное не оговорено в Договоре страхования. Сроки несения Страховщиком обязательств перед Застрахованным могут быть сокращены при исчерпании средств страхового лимита в соответствии с заключенным Договором страхования. В случае если средства страхового лимита по заключенному с Застрахованным Договору страхования исчерпаны до окончания лечения, рекомендованного специалистами медицинского учреждения, осуществляющего лечение Застрахованного, Страховщик оставляет за собой право отказать в возмещении дальнейших расходов, возникших вследствие продолжения рекомендованного лечения и репатриационных действий

8.2.7. Соблюдать предписания врача и распорядок, установленный медицинским учреждением;

8.2.8. При невозможности связаться с Сервисным Центром в момент наступления страхового случая сделать это при первой возможности и предъявить Договор страхования (полис), не оплачивая при этом услуг, предлагаемых или оказанных третьими лицами, без получения официального подтверждения оператора Сервисного Центра, зафиксировавшего обращение в базе данных Сервисного Центра;

8.2.9. Письменно обосновать Страховщику причину невыполнения требований п. 9.2 Правил и представить соответствующие подтверждающие документы.

8.3. Сервисный центр организует оказание необходимых услуг, предусмотренных Договором страхования, в соответствии с инфраструктурой места временного пребывания Застрахованного, режимом работы местных лечебных учреждений/врачей и регламентом работы служб скорой помощи, консульских и иных служб, в том числе занимающихся организацией посмертной репатриации, а также предоставлением и оформлением документов для осуществления посмертной репатриации и эвакуации автотранспортного средства. Страховщик оплачивает расходы Сервисного Центра по оказанным Застрахованному услугам в соответствии с разделом 4 настоящих Правил.

Сервисный Центр вправе рекомендовать Застрахованному (его представителю) самостоятельно и за свой счет обратиться за получением необходимой медицинской помощи, в том числе с привлечением местных служб скорой помощи, и (или) организацией иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

8.4. При нарушении п. 9.2 Правил расходы, понесенные непосредственно Застрахованным (его представителем), не подлежат возмещению, если несогласованные действия привели к увеличению расходов Страховщика и (или) предоставлению к возмещению необоснованно завышенных счетов.

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

8.5.1. Самостоятельно обратиться в ближайшее медицинское учреждение, самостоятельно оплатить расходы за оказанные услуги.

При этом Страховщик не осуществляет никаких мероприятий по выяснению информации и получению документов, указанных в п. 9.10 настоящих Правил.

8.5.2. В строгом соответствии с процедурой, описанной в п. 9.2 Правил.

8.6. При необходимости получения медицинской помощи в условиях стационара, медико-транспортных, транспортных услуг, а также услуг по репатриации, в том числе посмертной,

Застрахованный (его представитель) должен действовать в строгом соответствии с процедурой, описанной в п. 9.1 Правил, независимо от того, является ли обращение в Сервисный Центр обязательным в соответствии с Договором страхования. При нарушении п. 9.1 Правил расходы, понесенные непосредственно Застрахованным/его представителем, не подлежат возмещению.

8.7. Размер убытка или ущерба определяется на основании представленных Застрахованным или иными организациями, оказавшими Застрахованному услуги, документов – счетов, медицинских документов, документов транспортной компании, иных организаций, оказавших Застрахованному услуги, предусмотренные Договором страхования, в период его действия, на территории, указанной в Договоре страхования.

8.8. Размер выплаты страхового возмещения определяется на основании представленных Страховщику документов в соответствии с условиями Договора страхования.

8.9. Если Застрахованный обратился в Сервисный Центр в соответствии с п. 9.2 и такое обращение зафиксировано в базе данных Сервисного Центра, при этом Сервисный Центр организовал Застрахованному необходимую медицинскую или иную помощь, а Застрахованный впоследствии не воспользовался получением указанных услуг (не находился в оговоренном месте в оговоренное время, в которое врач должен был прибыть к Застрахованному, не принял врача, вызванного на место пребывания Застрахованного, самовольно отказался от организованного Сервисным Центром трансфера в медицинское учреждение (услуг скорой помощи) или к месту постоянного проживания и т. п., Страховщик вправе предъявить Застрахованному регрессное требование на сумму фактически понесенных Сервисным Центром и оплаченных Страховщиком затрат по

оказанию помощи, которой Застрахованный не воспользовался (от которой Застрахованный отказался) по собственной инициативе.

8.10. В случае самостоятельной оплаты медицинских и иных услуг Застрахованный (Выгодоприобретатель) после возвращения из поездки в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента возвращения из поездки, в которой произошел страховой случай, представляет Страховщику для возмещения понесенных расходов оригиналы следующих документов, в том числе документов, подтверждающих факт наступления страхового случая, факт и размер понесенных расходов:

8.10.1. Письменное заявление о наступлении страхового случая; Заявление в обязательном порядке должно содержать описание обстоятельств, при которых произошло событие с признаками страхового случая;

8.10.2. Заявление с обоснованием причин не обращения в Сервисный Центр, если Застрахованный не обращался в Сервисный Центр;

8.10.3. Страховой полис; Документ, подтверждающий уплату страховой премии
Документ, удостоверяющий личность заявителя (паспорт, Загранпаспорт Застрахованного

Свидетельство о праве на наследство по Договору страхования, выданное нотариусом, предоставляемое наследниками Застрахованного

8.10.4. Информационную карту банка с указанием лицевого счета в случае получения страхового возмещения безналичным перечислением;

8.10.5. Свидетельство о рождении, документ об опекунстве, если выплата страхового возмещения будет осуществляться представителю несовершеннолетнего/недееспособного
Застрахованного;

8.10.6. Документы, подтверждающие понесенные Застрахованным (его представителем) расходы и факт оплаты представленных счетов с указанием даты и перечня оказанных услуг, Фамилии, Имени, Отчества Застрахованного:

8.10.6.1. Для возмещения медицинских, медико-транспортных расходов:

8.10.6.1.1. Медицинские документы, содержащие сведения о диагнозе, дате и состоянии здоровья Застрахованного при обращении за помощью, о проведенных медицинских манипуляциях и продолжительности лечения;

8.10.6.1.2. Выписанные врачом рецепты в связи с данным заболеванием со штампом аптеки и указанием стоимости приобретенных медикаментов;

8.10.6.1.3. Направления на прохождение лабораторных и диагностических исследований с указанием дат, наименований, обоснований, стоимости услуг;

8.10.6.1.4. Счета медицинских учреждений за оказанные услуги (на фирменном бланке и с соответствующим штампом) с указанием фамилии пациента, даты обращения, диагноза, продолжительности лечения, перечня оказанных услуг с разбивкой по датам и стоимости, а также общей суммы к оплате, с приложением документов, подтверждающих оплату;

8.10.6.2. Для возмещения транспортных расходов, расходов на проведение поисково-спасательных операций:

8.10.6.2.1. Счета транспортных и иных компаний, поисково-спасательных служб, коммуникационных компаний, услугами которых Застрахованный воспользовался, с приложением документов, подтверждающих оплату;

8.10.6.2.2. Оригиналы проездных документов;

8.10.6.2.3. Оригиналы посадочных талонов;

8.10.6.3. Для возмещения расходов, связанных с приездом родственника Застрахованного:

8.10.6.3.1. Оригиналы проездных документов;

8.10.6.3.2. Оригиналы посадочных талонов;

8.10.6.3.3. Документы, подтверждающие родство с Застрахованным;

8.10.6.4. Для возмещения расходов по посмертной реатриации:

8.10.6.4.1. Справка о смерти с указанием причины смерти и (или) иной документ, ее заменяющий;

8.10.6.4.2. Свидетельство о смерти;

8.10.6.4.3. Полицейский протокол и (или) иной документ, его заменяющий, с указанием обстоятельств произошедшего события (ДТП, причинение вреда здоровью/смерти третьим лицом, смерть Застрахованного вне медицинского учреждения);

8.10.6.4.4. Счета организаций, занимавшихся реатриацией Застрахованного, в том числе и посмертной, с указанием дат, наименований и стоимости оказанных услуг, с приложением документов, подтверждающих оплату;

8.11. Документы, указанные в п. 9.10, должны быть предоставлены Страховщику с приложением оригинала официального перевода документов, составленных на ином, чем на русском, английском языках.

8.12. Решение о выплате страхового возмещения принимается Страховщиком в течение 30 (тридцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком последнего из необходимых документов, указанных в п. 9.10 настоящих Правил.

В указанный срок Страховщик вправе проводить проверку представленных документов, запрашивать сведения у организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также письменные объяснения Страхователя и (или) Застрахованного по факту произошедшего страхового случая, а также принимает решение о выплате страхового возмещения или предоставляет (сообщает) Застрахованному (Выгодоприобретателю) обоснованный полный или частичный отказ в страховой выплате.

При необходимости получения дополнительной информации и (или) документов по страховому случаю из числа категорий, указанных в п. 9.9 настоящих Правил, Страховщик вправе отсрочить принятие решения о признании события страховым и осуществлении страховой выплаты до момента получения такой информации/документов, но не более чем на 30 (тридцать) дней с даты получения полного комплекта документов от Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя).

В случае если Страховщик воспользовался своим правом запросить сведения/документы у организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, он информирует об этом Застрахованного (Страхователя). После осуществления страховой выплаты оригиналы документов Застрахованному (Страхователю) не возвращаются. Страховщик вправе осуществить страховую выплату ранее установленного срока.

В случае если условиями конкретного Договора страхования (Полиса) предусмотрена возможность представления Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) информации и документов для получения страховой выплаты в электронном виде, в том числе в форме сканированных копий, Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) может представить Страховщику документы, указанные в п. 9.10 настоящих Правил, в виде электронных документов, подписанных/заверенных простой электронной подписью Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя). При этом Страховщик вправе принять решение по заявлению событию на основании документов, в том числе полученных Страховщиком в форме сканированных копий по электронной почте, или затребовать у Страхователя (Застрахованного лица) оригиналы или заверенные надлежащим образом компетентными органами копии документов. В случае запроса Страховщиком оригиналов или заверенных надлежащим образом компетентными органами копий документов срок осуществления страховой выплаты исчисляется с момента получения Страховщиком оригиналов или заверенных надлежащим образом компетентными органами копий документов, указанных в настоящих Правилах.

8.13. Для возмещения расходов Застрахованного Страховщик принимает только оплаченные счета.

8.14. В целях оценки фактического состояния здоровья Застрахованного в связи с наступлением страхового случая Страховщик с согласия Застрахованного имеет право запрашивать и получать информацию о состоянии здоровья Застрахованного.

8.15. Страховщик оставляет за собой право проведения независимой медицинской экспертизы по документам, имеющим отношение к наступившему случаю, с целью определения, является ли случай страховым.

8.16. Договором страхования может быть предусмотрена франшиза – размер убытков, не подлежащих возмещению Страховщиком Застрахованному. Франшиза может устанавливаться в денежном эквиваленте либо в процентах от страховой суммы. Договором страхования может быть установлена безусловная или условная франшиза. Если в Договоре страхования не указан тип франшизы, то считается установленной безусловной франшизы.

8.16.1. Безусловная франшиза – во всех случаях возмещаются расходы за вычетом суммы франшизы. Франшиза действует при оплате расходов по каждому страховому случаю.

Условная франшиза – во всех случаях Страховщик не несет обязательств по возмещению расходов, размер которых не превышает сумму франшизы. При превышении суммы франшизы расходы возмещаются в полном объеме.

8.16.2 Если Договором страхования предусмотрена франшиза, то расчет суммы к выплате производится по следующей формуле:

$$b=a-l$$

Если франшиза по Договору страхования установлена в процентах (%) от страховой суммы, то ее расчет производится по формуле:

$$l=m*n$$

При этом, если установлена условная франшиза:

если $a>l$ то $b=a$,

если $a< l$ или $=l$ то $b=0$, где:

b – сумма к выплате, но не более страховой суммы по Застрахованному;

a – расходы, понесенные Застрахованным;

l – размер франшизы в валюте Договора;

m – размер страховой суммы по Застрахованному (если иное не предусмотрено Договором страхования);

n – размер франшизы в процентах (%)

8.17. По устному или письменному запросу Получателя страховых услуг, в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий 30 (тридцати) дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации получателя страховых услуг в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июня 2006 года №152-ФЗ "О персональных данных", Страховщик после принятия решения о страховой выплате предоставляет информацию о расчете суммы страховой выплаты, которая должна включать:

1) страховую сумму (ее часть) по личному страхованию, за исключением медицинского страхования, подлежащую выплате (либо зачету в части оплаты взносов) при освобождении от уплаты взносов в результате вреда жизни и здоровью по страхованию жизни) или окончательную сумму страхового возмещения, подлежащую выплате, по имущественному страхованию и (или) указание на компенсацию ущерба в натуральной форме, с перечнем имущества, передаваемого Получателю страховых услуг в качестве страхового возмещения, ремонтных (восстановительных) работ, иных действий по страховому возмещению в натуральной форме;

2) порядок расчета страховой выплаты;

3) исчерпывающий перечень норм права и (или) условий договора страхования и правил страхования, обстоятельств и документов, на основании которых произведен расчет.

8.18. По письменному запросу Получателя страховых услуг Страховщик в срок, не превышающий 30 (тридцати) дней, обязан предоставить ему в письменном виде исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты), бесплатно один раз по каждому страховому случаю. Указанная информация и документы предоставляются в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

8.19. Срок принятия решения о страховой выплате исчисляется со дня, следующего за днем получения Страховщиком заявления о страховой выплате и всех предусмотренных Правилами или Договором страхования документов (последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов, предусмотренных Правилами страхования и (или) договором страхования (полисом), необходимых для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты).

8.20. Если получателем страховой выплаты не является лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением на страховую выплату, такое лицо (или получатель страховой выплаты) обязано предоставить Страховщику документ, удостоверяющий личность получателя выплаты. В этом случае срок принятия решения начинает течь с даты не ранее получения Страховщиком данного документа.

8.21. Если лицо, обратившееся за страховой выплатой, не предоставило Страховщику банковские реквизиты, а также другие сведения, необходимые для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, Страховщик вправе продлить (приостановить) срок осуществления страховой выплаты до получения Страховщиком указанных сведений. В этом случае Страховщик обязан уведомить обратившееся лицо о факте приостановки и запросить у него недостающие сведения.

8.22. В случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты (далее – Решение об отказе) Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия Решения об отказе информирует Получателя страховых услуг в письменном виде об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия Договора страхования и Правил страхования, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

Страховщик по письменному запросу Получателя страховых услуг в срок, не превышающий 30 (тридцати) дней, предоставляет документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), обосновывающие решение об отказе, бесплатно один раз по одному событию, за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты.

9. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОТКАЗА В ВЫПЛАТЕ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

9.1. Страховщик освобождается от обязанности произвести страховую выплату в случае, если страховое событие наступило вследствие причин, перечисленных в п.п. 4.2. - 4.5. настоящих Правил, а также, если в течение срока действия Договора страхования имели место:

- совершение Страхователем, Выгодоприобретателем или Застрахованным, умышленного преступления, находящегося в прямой причинно-следственной связи со страховым случаем;

- не извещение Страхователем (Выгодоприобретателем) Страховщика о наступлении страхового случая в порядке и сроки, обусловленные Договором страхования, 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 произвести страховую выплату;

- неисполнение или ненадлежащее исполнение Страхователем (Выгодоприобретателем) обязанностей, предусмотренных настоящими Правилами и/или Договором страхования.

9.2. При принятии Страховщиком в срок, указанный в п. 9.2 настоящих Правил, Решения об отказе в осуществлении страховой выплаты, Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия Решения об отказе информирует Выгодоприобретателя (Застрахованное лицо) страховых услуг в письменной форме об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия Договора страхования и настоящих Правил, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству РФ.

9.3. Страховщик по запросу Выгодоприобретателя (Застрахованного), страховых услуг, направленному в письменной форме, в срок, не превышающий 30 (тридцати) календарных дней с даты его получения Страховщиком, предоставляет Выгодоприобретателю (Застрахованному) страховых услуг документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), обосновывающие решение об отказе, бесплатно один раз по одному событию, за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты.

10. ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10.1. Изменение условий Договора осуществляется на основании заявления Страхователя, предоставленного Страховщику до даты начала страхования.

10.1.1. В случае изменения условий страхования (увеличение/уменьшение срока страхования, включение/исключение дополнительных рисков, изменение размера страховой суммы, территории страхования и т. п.) Страховщик осуществляет перерасчет страховой премии, при этом обязательства сторон, в которых указана иностранная валюта, признаются выраженным в рублях по курсу ЦБ РФ на дату заключения Договора страхования.

10.1.2. При внесении изменений, влекущих увеличение страховой премии (увеличение срока страхования, включение дополнительных рисков, увеличение размера страховой суммы, территории страхования и т. п.), Страховщик выставляет счет на доплату страховой премии на основании тарифов, используемых при заключении Договора;

10.1.3. При внесении изменений, влекущих снижение страховой премии (сокращение срока страхования, исключение рисков, застрахованных, снижение размера страховой суммы, территории страхования и т. п.), Страховщик возвращает Страхователю разницу в страховой премии на основании тарифов, используемых при заключении Договора.

10.1.4. Для внесения изменений согласно п. 11.1.2 настоящих Правил Страхователь обращается к Страховщику и предоставляет оригиналы следующих документов:

а) Заявление Страхователя;

- б) Полис;
- в) Заграничный паспорт Застрахованного(-ых);
- г) Общегражданский паспорт Страхователя – физического лица;
- д) Полные банковские реквизиты счета Страхователя для осуществления безналичного возврата сумм страховой премии при наличии оснований к возврату страховой премии (части страховой премии) и перечисления денежных сумм в безналичном порядке;
- е) Иные документы для обоснования возврата страховой премии (части страховой премии) и права на его получение. Внесение изменений в условия Договора и возврат страховой премии (части страховой премии) осуществляются только при условии отсутствия у Застрахованного действующей визы на поездку в страну (регион), указанную(-ый) в Договоре страхования, или в случае, когда виза на поездку предоставлена Застрахованному до момента выдачи страхового полиса.

10.2. Договор страхования (полис) прекращается в случае:

10.2.1. Истечения срока его действия (в 24 часа 00 минут указанной в страховом полисе

даты окончания срока действия Договора страхования);

10.2.2. Исполнения Страховщиком обязательств по Договору в полном объеме;

10.2.3. Полного отзыва субъектом персональных данных своего согласия на обработку персональных данных, за исключением случаев, когда для исполнения Договора страхования согласие субъекта персональных данных не требуется (п. 8.6 настоящих Правил);

10.2.4. В случае отказа Страхователя от Договора страхования в любое время, если возможность наступления страхового случая не отпала и существование страхового риска не прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;

10.2.5. Если возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;

10.2.6. Расторжения Договора по соглашению между Страхователем и Страховщиком;

10.2.7. В иных случаях, установленных действующим законодательством РФ, настоящими

Правилами или условиями Договора страхования.

10.3. Момент прекращения Договора страхования:

В случае прекращения Договора страхования по основаниям, предусмотренным пп. 10.2.1, 10.2.2, 10.2.5 настоящих Правил, Договор прекращается с момента реализации данных оснований. В случае прекращения Договора страхования по основаниям, предусмотренным пп. 10.2.3, 10.2.4 настоящих Правил, Договор считается прекращенным с даты подачи Страхователем соответствующего заявления, если более поздний срок прекращения Договора страхования не указан в заявлении Страхователя.

В случае расторжения Договора страхования по основанию, предусмотренному п. 10.2.6 настоящих Правил, Договор считается расторгнутым с даты подписания сторонами соглашения, если иное не предусмотрено соглашением сторон.

В случае расторжения Договора страхования по основаниям, предусмотренным п. 10.2.7 настоящих Правил, Договор считается расторгнутым с даты, установленной в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами или условиями Договора страхования либо соглашением сторон – в зависимости от основания расторжения Договора.

Страховщик освобождается от обязанности осуществить страховую выплату в отношении страховых случаев, произошедших после прекращения или расторжения Договора страхования в соответствии с условиями настоящего пункта.

10.4. Условия возврата страховой премии:

10.4.1. Если иное не предусмотрено Договором, при досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, указанным в пп. 10.2.1, 10.2.2, 10.2.3 настоящих Правил, уплаченная страховая премия считается полностью заработанной Страховщиком и не подлежит возврату.

10.4.2. При досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, указанным в п. 10.2.5 настоящих Правил, Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной страховой премии в соответствии с фактическим количеством дней действия Договора страхования (фактическим количеством дней пребывания на территории страны (региона),

указанной(-ого) в Договоре страхования).

При досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, указанным в п. 10.2.5 настоящих Правил, страховая премия считается полностью заработанной Страховщиком и не подлежит возврату:

а) Если Страхователь заявляет о прекращении Договора после истечения периода страхования;

б) При наличии у Застрахованного(-ых) действующей визы на поездку в страну (регион), указанную(-ый) в Договоре страхования, предоставленной Застрахованному(-ым) после заключения Договора страхования.

10.4.3. При прекращении Договора страхования по обстоятельствам, указанным в пп. 10.2.5, 10.2.6 настоящих Правил, Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной страховой премии в соответствии с фактическим количеством дней действия Договора страхования (фактическим количеством дней пребывания на территории страны (региона), указанной(-ого) в Договоре страхования) на основании тарифов Страховщика, применяемых при заключении Договора.

10.4.4. В случае если фактическое количество дней действия страхования (фактическим

количеством дней пребывания на территории страны (региона), указанной(-ого) в Договоре страхования) составило менее количества дней действия страхования, установленного по Договору, Страхователь может подать заявлении о перерасчете и возврате неиспользованной части страховой премии.

Заявление на перерасчет страховой премии должно быть предоставлено Страхователем не позднее, чем через 15 (пятнадцать) рабочих дней после истечения срока действия Договора страхования.

Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной страховой премии в соответствии с фактическим количеством дней действия Договора страхования (фактическим количеством дней пребывания на территории страны (региона), указанной(-ого) в Договоре страхования).

10.5. Для решения вопроса о возврате страховой премии (неиспользованной части страховой премии) Страхователь по требованию Страховщика предоставляет оригиналы следующих документов:

- а) Заявление Страхователя;
- б) Полис;
- в) Заграничный паспорт Застрахованного(-ых);
- г) Общегражданский паспорт Страхователя – физического лица;
- д) Полные банковские реквизиты счета Страхователя для осуществления безналичного возврата сумм страховой премии, при наличии оснований к возврату премии и перечисления денежных сумм в безналичном порядке;
- е) Иные документы для обоснования возврата страховой премии (части страховой премии) и наличия права на ее получение.

10.6. Перерасчет (возврат) страховой премии по договору страхования, осуществляется на основании тарифов Страховщика, используемых при оформлении Договора. При этом обязательства сторон, в которых указана иностранная валюта,

признаются выражеными в рублях по курсу ЦБ РФ на дату, определяемую для возврата страховой премии при досрочном прекращении договора как день заключения договора страхования.

10.7. При прекращении, изменении условий договора страхования по требованию Страхователя в соответствии с пп. 11.2.2, 11.2.4, 11.2.5 настоящих Правил возврат страховой премии производится в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком всех необходимых документов.

10.8. Особые условия отказа Страхователя – физического лица от Договора:

Страхователь – физическое лицо в дополнение к условиям о досрочном расторжении Договора страхования, указанным в п. 11.2 настоящих Правил, вправе досрочно отказаться от Договора в течение 14 (четырнадцати) календарных дней (Период охлаждения) со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

В случае если Страхователь отказался от Договора в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному Договору (далее – дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

2) В случае если Страхователь отказался от Договора в течение 14 (четырнадцати) календарных дней (Периода охлаждения) со дня его заключения настоящих Правил, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю удерживает ее часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования, если иное не предусмотрено соглашением сторон.

* Под страхователями, имеющими право на досрочный отказ от договора добровольного страхования на специальных условиях, понимаются только страхователи – физические лица.

3) При досрочном прекращении Договора страхования в порядке, предусмотренном настоящим пунктом, Договор страхования (полис) считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, определенного в абзаце втором п. 11.8 настоящих Правил.

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

5) Действие п. 11. 8 настоящих Правил не распространяется на осуществление добровольного страхования, предусматривающего оплату оказанной гражданину Российской Федерации, находящемуся за пределами территории Российской Федерации, медицинской помощи и (или) оплату возвращения его тела (останков) в Российскую Федерацию, а также добровольного страхования, являющегося обязательным условием допуска физического лица к выполнению профессиональной деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

11.1. Страховщик обязан:

11.1.1. Вручить Страхователю настоящие Правила либо выписку из настоящих Правил (полисные условия страхования), сформированную на основе положений настоящих Правил, относящихся к конкретному страховому продукту и на основе

которых заключен Договор страхования (полис) , при заключении Договора страхования, о чем делается запись в Договоре страхования.

Настоящие Правила могут быть вручены Страхователю, в том числе путем информирования его об адресе размещения Правил на сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", путем направления файла, содержащего текст Правил, на указанный Страхователем адрес электронной почты.

11.1.2. При наступлении событий, предусмотренных Договором страхования и настоящими Правилами выплатить страховое возмещение либо предоставить обоснованный полный или частичный отказ в страховой выплате в срок, установленный п. 9.11 настоящих Правил.

11.1.3. Не разглашать сведения о Страхователе, Застрахованном, Выгодоприобретателе, состоянии их здоровья, а также об имущественном положении этих лиц, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

11.1.4. По требованиям Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя, а также лиц, имеющих намерение заключить Договор страхования (полис) , разъяснить положения, содержащиеся в Правилах страхования и Договорах страхования, расчеты изменения страховой суммы в течение срока действия Договора страхования, расчеты страховой выплаты.

11.1.5. По запросу Страхователя, позволяющему подтвердить факт получения Договора страхования Страховщиком, предоставлять ему копии договора страхования (страхового полиса) и иных документов, являющихся неотъемлемой частью договора страхования, за исключением информации, не подлежащей разглашению (персональные данные других застрахованных лиц, данные об уплаченных премиях по коллективным договорам страхования, условия страхования других категорий застрахованных лиц и пр.). Страховщик обязан предоставить Страхователю копии указанных документов по действующим договорам страхования бесплатно один раз.

11.1.6. По требованию Получателя страховых услуг Страховщик бесплатно разъяснить положения, содержащиеся в информации, предоставляемой при заключении Договора страхования.

11.1.7. В случае расторжения Договора (полиса) страхования или отказа Страхователя от Договора страхования принять заявление Страхователя о возврате уплаченной страховой премии (части страховой премии) (далее – Заявление о расторжении). Прием Заявлений о расторжении осуществляется Страховщиком в офисе, в котором был заключен Договор страхования (полис) , в ином указанном Страховщиком офисе, посредством почтовой связи, через личный кабинет (при наличии), а также, если это предусмотрено условиями страхования, через третье лицо, действующее по поручению Страховщика при заключении договора страхования от его имени и за его счет, в случае если это предусмотрено договором Страховщика с указанным третьим лицом.

11.1.8. Обеспечить возврат Страхователю уплаченной страховой премии (части страховой премии) при расторжении Договора страхования путем безналичного перечисления денежных средств на банковский счет Страхователя или наличными денежными средствами в офисе, в котором был заключен расторгаемый Договор страхования и уплачена страховая премия (часть страховой премии), при наличии кассы в

соответствующем офисе на момент расторжения Договора страхования, или в ином указанном Страховщиком офисе.

11.1.9. По запросу Получателя страховых услуг один раз по одному Договору страхования бесплатно предоставить Получателю страховых услуг заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащей возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением Договора страхования. К указанному расчету по запросу Получателя страховых услуг прилагаются письменные или даются устные пояснения со ссылками на нормы права и (или) условия Договора страхования и Правил страхования, на основании которых произведен расчет.

11.1.10. Принимать необходимые меры по обеспечению соблюдения требований Стандартов третьим лицом, действующим от имени и по поручению Страховщика.

11.1.11. Уведомлять Страхователей о дополнительных условиях (в частности медицинском обследовании лица, в отношении которого заключается договор) и о порядке их выполнения в случаях если Страховщик устанавливает такие дополнительные условия для заключения договора страхования.

112.2. Страхователь обязан:

11.2.1. Уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размере и сроки, предусмотренные Договором страхования.

11.2.2. При заключении Договора страхования сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска.

11.2.3. Застрахованный, принявший решение воспользоваться своим правом по Договору страхования, обязан:

11.2.4. Пройти обследование для оценки его фактического состояния здоровья по требованию Страховщика (за исключением случаев заключения Договора страхования в электронной форме).

11.2.5. Предоставить Страховщику согласие на обработку своих персональных данных (кроме Страхователей юридических лиц);

11.2.6. Получить от Застрахованных/Выгодоприобретателей письменные согласия на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика их персональных данных, в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ от 27 июля 2006 г. "О персональных данных" в объеме, необходимом Страховщику, а также предоставить по запросу Страховщика указанные письменные согласия Застрахованных;

11.2.7. Письменно уведомить Страховщика в случае отзыва Застрахованным своего согласия на обработку персональных данных, переданного Страхователю.

11.2.8. Предоставлять Страховщику достоверную информацию, касающуюся каждого Застрахованного, необходимую для заключения и исполнения Договора страхования;

11.2.9. Незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора;

11.2.10. Доплатить страховую премию в случае увеличения степени страхового риска на основании счета, выставленного Страховщиком в установленные сроки, если иное не установлено в Договоре страхования;

11.2.11. в письменном виде сообщать Страховщику об изменениях, дополнениях или уточнениях, которые он намерен внести в условия Договора страхования;

11.2.12. довести до сведения Застрахованных/Выгодоприобретателей (их законных представителей) положения настоящих Правил, условия действия Договора страхования;

11.2.3. соблюдать требования, касающиеся сроков предоставления документов и порядка их оформления в соответствии с запросом Страховщика;

11.2.14. исполнять любые иные положения настоящих Правил, Договора страхования и действующего законодательства Российской Федерации.

11.3. Страховщик имеет право:

11.3.1. При заключении Договора провести обследование Застрахованного для оценки его фактического состояния здоровья (за исключением случаев заключения Договора страхования в электронной форме).

11.3.2. Проводить проверку документов, предоставленных при заявлении о страховом случае, для принятия решения о признании заявленного события страховым случаем и определения размера страховой выплаты.

11.3.3. Запрашивать сведения у организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, в том числе о состоянии здоровья Застрахованного.

11.3.4. Провести медицинское освидетельствование Застрахованного врачом Страховщика после наступления страхового случая.

11.3.5 При наступлении обстоятельств, влекущих увеличение степени риска по Договору страхования, потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации;

11.3.6. Для принятия решения о страховой выплате запрашивать у Страхователя (Застрахованного) медицинскую документацию, отражающую историю болезни, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, перечень которой предусмотрен настоящим Правилами или Договором страхования, а также самостоятельно выяснять у медицинских учреждений, правоохранительных органов и иных учреждений обстоятельства, связанные с этим фактом, и организовывать за свой счет проведение независимых медицинских экспертиз;

11.3.7. Использовать информацию о состоянии здоровья Застрахованного исключительно для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования, защитой прав Застрахованных;

11.3.8. Отсрочить принятие решения о страховой выплате в случаях, предусмотренных настоящими Правилами;

11.3.9. Осуществлять иные действия в порядке исполнения положений настоящих Правил и договора страхования(полиса) в соответствии с законодательством Российской Федерации.

11.4. Страхователь имеет право:

11.4.1. На своевременное получение страхового полиса (Договора страхования).

11.4.2. Требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в Правилах страхования и Договорах страхования, расчетов изменения страховой суммы в течение срока действия Договора, расчетов страховой выплаты.

11.4.3. Назначать и заменять Выгодоприобретателя с соблюдением условий замены, предусмотренных настоящими Правилами и законодательством Российской Федерации;

11.4.4. Согласовать со Страховщиком внесение изменений в условия Договора страхования;

11.4.5. Отказаться от Договора страхования в любое время;

11.4.6. Застраховать с согласия Страховщика дополнительное количество лиц по действующему Договору страхования или отказаться от Договора страхования в отношении части Застрахованных с соблюдением условий, предусмотренных настоящими Правилами и законодательством Российской Федерации.

11.5. Застрахованный имеет право:

11.5.1. На получение страховой выплаты (страхового возмещения) в случаях, предусмотренных Договором страхования и настоящими Правилами.

11.5.2. Требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в Правилах страхования и Договорах страхования, расчетов изменения страховой суммы в течение срока действия договора, расчетов страховой выплаты.

11.6. Застрахованный/Выгодоприобретатель обязан:

11.6.1. В период действия Договора страхования незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования; 12.6.2. в течение 1 (одного) календарного дня известить Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, о наступлении страхового случая с последующим предоставлением всей необходимой информации и приложением подтверждающих документов;

11.6.3. При наступлении страхового случая выполнять рекомендации Страховщика и Сервисной компании и неукоснительно выполнять предписания врача, адвоката; 12.6.4. при наступлении страхового случая представить документы, предусмотренные разделом 9 настоящих Правил;

11.6.5. Незамедлительно известить Страховщика и Сервисную компанию обо всех требованиях, предъявляемых ему в связи со страховым случаем; 1

11.6.6. Не признавать частично или полностью требования, предъявляемые ему в связи со страховым случаем, также не принимать на себя каких-либо прямых или косвенных обязательств по урегулированию таких требований без согласия Страховщика;

11.6.7. Оказывать возможное содействие Страховщику и Сервисной компании в судебной и внесудебной защите в случае предъявления ему требований о возмещении ущерба;

11.6.8. Исполнять иные обязанности по Договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Выгодоприобретателем требования о страховой выплате.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Обращения, поступившие Страховщику от Получателя страховых услуг или его представителя, в том числе переадресованные из органов государственной власти, органов местного самоуправления и иных организаций, подлежат обязательному рассмотрению в порядке, предусмотренном "Стандартами".

В случае поступления претензии от Получателя страховых услуг (Страхователя, Выгодоприобретателя) ввиду возникновения спора, связанного с исполнением Договора страхования, Страховщик обязан обеспечить рассмотрение такой претензии в порядке, установленном законом и (или) определенном в Договоре страхования.

Споры, вытекающие из Договора страхования, разрешаются сторонами в обязательном досудебном порядке путем переговоров. В случае неразрешения спора в досудебном порядке споры разрешаются судом в соответствии с законодательством Российской Федерации.

12.2. Споры со Страхователями – юридическими лицами рассматриваются в Арбитражном суде г. Москвы, если иное не предусмотрено соглашением сторон.

Приложение № 1

к Правилам страхования непредвиденных расходов граждан,
занимающихся подводным плаванием (дайвингом)
на время путешествий

БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ

"Правилам страхования непредвиденных расходов лиц, занимающихся подводным плаванием (дайверов) на время путешествий"

Страховой риск	Базовый страховой тариф в сутки (%)
Медицинские расходы (п.4.1.1 Правил) в том числе возникшие при погружениях на открытой воде	0,006
Медико-транспортные услуги, включая репатриацию п. 4.1.2-4.1.6)	0,001
Поисково-спасительные работы п. 4.1.3.настоящих Правил	

ООО "СК "ТИТ" при осуществлении страхования в зависимости от степени риска, в т.ч. возраста, рода деятельности застрахованного, занятий спортом (профессиональное и любительское) и т.д., а также в зависимости от стоимости медицинских и иных услуг в стране пребывания, вправе применять повышающие (до 5) и понижающие (до 0,1) коэффициенты по отношению к приведенным выше базовым тарифам, определяемые Страховщиком экспертным путем в зависимости от периода страхования, возраста и состояния здоровья Застрахованного лица, количества застрахованных лиц, территории страхования, рода деятельности Застрахованного лица, установления франшизы по договору страхования.

При исключении из объема страховой защиты по рискам "Экстренная медицинская помощь", "Медицинская транспортировка / репатриация / задержка выезда" случаев, не связанных с занятием дайвингом, к страховому тарифу по указанным рискам применяется понижающий коэффициент 0,7.