

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



УТВЕРЖДЕНО

Приказом № 255

от "15" августа 2019г.

Генеральный директор

ООО "СК "ТИТ"

В. Б. Юн



ПРАВИЛА

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

г. Москва
2019 г.

СОДЕРЖАНИЕ:

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
3. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ
5. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. ФРАНШИЗА
6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. УВЕЛИЧЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА
7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН
8. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА УЩЕРБА И СУММЫ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ
9. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА
10. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ
11. СУБРОГАЦИЯ
12. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ ОБРАЩЕНИЙ И РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации (далее по тексту - РФ), Гражданским кодексом РФ, Законом "Об организации страхового дела в Российской Федерации, нормативными документами Банка России настоящие Правила страхования от непредвиденных расходов лиц, занимающихся подводным плаванием (дайвингом) на время путешествий" (далее по тексту – Правила) регулируют отношения, возникающие между Страховщиком и Страхователем по поводу страхования медицинских и иных непредвиденных расходов застрахованных лиц, занимающихся подводным плаванием (дайвингом) во время путешествий.

1.2. Настоящие Правила определяют общий порядок и условия заключения, исполнения и прекращения договоров страхования от непредвиденных расходов застрахованных лиц, занимающихся подводным плаванием (дайвингом) на время путешествий и являются неотъемлемой частью договора страхования, заключенного на условиях настоящих Правил.

1.3. По договору страхования (полису) от непредвиденных расходов лиц, занимающихся подводным плаванием (дайвингом) на время путешествий (далее по тексту Договор страхования (полис)) Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в Договоре страхования события (страхового случая) обеспечить застрахованному лицу получение медицинских и иных услуг (произвести страховую выплату) в пределах страховой суммы, установленной Договором страхования (полисом).

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

Близкие родственники - официально зарегистрированные супруг/супруга, дети, в том числе усыновленные, отец, мать, родные несовершеннолетние братья и сестры, официальные опекуны и опекаемые.

Внезапное заболевание - заболевание, возникшее неожиданно и требующее неотложного медицинского вмешательства.

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.

Квалифицированная электронная подпись - электронная подпись, которая соответствует следующим требованиям:

- а) получена в результате криптографического преобразования информации с использованием ключа электронной подписи;
- б) позволяет определить лицо, подписавшее электронный документ;
- в) позволяет обнаружить факт внесения изменений в электронный документ после момента его подписания;
- г) создается с использованием средств электронной подписи;
- д) ключ проверки электронной подписи указан в квалифицированном сертификате;
- е) для создания и проверки электронной подписи используются средства электронной подписи, получившие подтверждение соответствия требованиям, установленным в соответствии с Федеральным законом от 6 апреля 2011 г. № 63-ФЗ "Об электронной подписи."

Медицинское учреждение:

- юридическое лицо любой организационно-правовой формы и формы собственности, осуществляющее медицинскую деятельность на основании полученной в установленном законодательном порядке лицензии;
- физические лица (врачи, фельдшера), осуществляющие профессиональную медицинскую деятельность на основании полученной в установленном

законодательном порядке лицензии, диплома и сертификата специалиста установленной формы.

Медицинские услуги – мероприятия или комплекс мероприятий, оказываемых медицинским учреждением, направленных на оказание медицинской помощи (включая расходы на диагностические исследования, лечение, медикаменты, необходимые оперативные вмешательства и т.д.) в связи с внезапным заболеванием, остро возникшим в течение срока страхования, угрожающим жизни и/или здоровью застрахованного лица, или несчастным случаем.

Медико-транспортные услуги – услуги, связанные с транспортировкой застрахованного лица:

- медицинским транспортом или иным транспортным средством в ближайшее медицинское учреждение, а также при переводе из одного медицинского учреждения в другое, способом, определяемым медицинскими показаниями;
- приемлемым для состояния здоровья застрахованного лица транспортным средством, включая сопровождение (если такое сопровождение предписано врачом):

Транспортировка проводится только при отсутствии медицинских противопоказаний.

Медицинская эвакуация – медицинская транспортировка в ближайшее медицинское учреждение на территории временного пребывания, где произошел страховой случай, подходящую по необходимым застрахованному лицу видам медицинской помощи.

Медицинская репатриация – медицинская транспортировка из места временного пребывания на территории страхования:

- лиц, путешествующих за пределами страны ПМЖ, до ближайшего к месту проживания застрахованного лица международного аэропорта, вокзала, порта в стране ПМЖ застрахованного лица;
- лиц, проживающих в РФ и путешествующих по РФ, до ближайшего к месту проживания застрахованного лица медицинского учреждения в регионе ПМЖ застрахованного лица.

Несчастный случай - внезапное, неожиданное кратковременное внешнее событие, произошедшее помимо воли застрахованного лица, повлекшее за собой травматические повреждения органов, тканей, иное причинение вреда жизни и здоровью застрахованного лица, 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 застрахованное лицо 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 устранения или снижения негативного влияния на организм.

Заболевания и состояния застрахованного лица устанавливаются согласно перечню заболеваний и состояний (проблем) согласно МКБ-10 (Международной классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения).

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.

Период охлаждения - период времени, начинающийся с момента заключения договора страхования, в течение которого страхователь-физическое лицо вправе отказаться от договора страхования и получить обратно уплаченную страховую премию или ее часть, при условии, что на дату отказа от договора страхования не наступало событий, имеющих признаки страхового случая. Период охлаждения установлен сроком 14 (четырнадцать) календарных дней с даты заключения договора страхования, если больший срок не предусмотрен договором страхования. Период охлаждения применяется только для договоров страхования, по которым страхователями являются физические лица.

Поездка (путешествие) – период нахождения застрахованного лица вне административных границ страны или региона ПМЖ. Начало и окончание поездки определяются соответственно датами убытия из ПМЖ и возвращения в ПМЖ и подтверждаются документально (виза, билет, посадочный талон и т.п.).

Поисково-спасательные работы – комплекс мероприятий, проводимых с целью определения местоположения застрахованного лица на воде и береговой линии, оказания ему первой медицинской помощи, эвакуации застрахованного лица, если он не способен перемещаться сам, в медицинское учреждение или к месту, в котором застрахованное лицо может быть передано службе скорой помощи.

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 (потенциальный получатель), а также страхователь, застрахованное лицо и (или) выгодоприобретатель по заключенному в соответствии с настоящими Правилами договору страхования.

Посмертная репатриация – транспортировка тела, посмертных останков в страну (регион РФ - в случае страхования путешествующих по территории РФ) ПМЖ, если смерть застрахованного лица наступила в результате страхового случая.

Постоянное место жительства (ПМЖ) — страна (регион РФ - в случае страхования путешествующих по РФ), в которой застрахованное лицо имеет постоянное место жительства.

При этом лицо считается постоянно проживающим на территории государства, если оно фактически находится на территории государства не менее 183 календарных дней в течение периода продолжительностью 12 месяцев.

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.

Сервисная компания - сервисная или ассистанская компания, имеющая договоры со страховщиком по организации медицинских, экспертных, медико-транспортных и иных (в том числе медико-социальных) услуг, и оказывающая помощь по репатриации в связи с внезапным заболеванием, несчастным случаем или смертью застрахованного лица, реквизиты которой указаны в договоре страхования и (или) на официальном сайте страховщика в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет".

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.

Стоматологическую помощь – экстренная болеутоляющая стоматологическая помощь при остром воспалении или травме естественного зуба и окружающих тканей. Возмещаются расходы на анестезию, рентген, удаление зуба, вскрытие абсцесса мягких тканей или канала зуба, пломбирование этого канала.

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 застрахованного лица и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

Территория страхования – регион РФ, страна, конкретно обозначенная территория или маршрут передвижения в пределах страны, группа стран, географических зон, указанных в договоре страхования.

Из территории страхования исключаются:

- государства и территории, на которых ведутся военные действия;
- государства и территории, на которые наложены санкции ООН и международных организаций;
- государства и территории, на которых обнаружены и признаны очаги эпидемий;
- страна ПМЖ застрахованного лица (исключая граждан РФ, иностранных граждан и лиц без гражданства, проживающих в РФ и путешествующих по РФ);
- если иное не оговорено в договоре 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 полужамкнутого типа. К техническому дайвингу также приравниваются погружения в надголовных средах и подледный дайвинг.

Транспортные услуги – услуги связанные с:

- организацией возвращения застрахованного лица в страну или регион ПМЖ экономическим классом в случае, если отъезд застрахованного лица не состоялся вовремя, то есть в день, указанный в проездных документах, находящихся на руках у застрахованного лица, по причине наступления страхового случая, предусмотренного договором страхования и повлекшего необходимость пребывания застрахованного лица на стационарном лечении. Застрахованное лицо обязано сделать все от него зависящее, чтобы вернуть (сдать) неиспользованные проездные документы и возместить их стоимость Страховщику. При несоблюдении данного условия Страховщик вправе вычесть из величины страховой выплаты стоимость неиспользованных проездных документов.
- предоставлением возможности транспортировки несовершеннолетних лиц, сопровождавших застрахованное лицо. Решение о необходимости их сопровождения принимает страховщик/сервисная компания;
- предоставлением возможности транспортировки принадлежащего застрахованному лицу имущества, если это отдельно предусмотрено договором страхования;

- организацией и оплатой расходов на проезд и пребывание близкого родственника в связи с госпитализацией застрахованного лица, если это отдельно предусмотрено договором страхования.

Травматическое повреждение (травма) – внезапное нарушение анатомической целостности тканей или органов с расстройством их функций, вследствие несчастного случая, обусловленного воздействием различных факторов окружающей среды, а также собственными действиями страхователя (застрахованного лица) и действиями третьих лиц, машин и оборудования, произошедшее в течение срока страхования.

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 (страховщик 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, знало о нем застрахованное лицо 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.

Электронная подпись – информация в электронной форме, которая присоединена к другой информации в электронной форме (подписываемой информации) или иным образом связана с такой информацией и которая используется для определения лица, подписывающего информацию.

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 (полису) лиц, занимающихся подводным плаванием (дайвингом) на время путешествий, в пользу третьих лиц (застрахованных лиц) и обязанное уплатить страховую премию;
- дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования (полис) лиц, занимающихся подводным плаванием (дайвингом) на время путешествий, в свою пользу или в пользу третьих лиц (застрахованных лиц) и обязанное уплатить страховую премию.

2.2. Страхователи вправе заключать Договоры страхования (полисы) в отношении третьих лиц (далее по тексту - Застрахованных). В случае если Договор страхования (полис) 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 (полисе) 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 (полису), 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 (полису) или предъявил Страховщику требование о выплате страховой суммы.

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

Возмещение расходов Застрахованного может производиться оплатой услуг, оказанных в связи с наступлением страхового случая, непосредственно Застрахованному после его возвращения в страну или регион ПМЖ, или иной организации (далее по тексту - Сервисная компания), организовавшей и осуществляющей указанные в настоящих Правилах мероприятия и оплатившей эти расходы в месте временного нахождения Застрахованного.

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 медицинских услуг, в том числе лекарственной помощи, 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 (полисом), 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 Застрахованного;

3.1.3. оплатой проведения поисково-спасательных работ.

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

4.1. Страховыми случаями признаются обращения Застрахованного в медицинское учреждение, барокамеру и иное учреждение и/или возникновение у него расходов на оплату медицинской помощи, в связи с острым (внезапным) заболеванием, декомпрессионным заболеванием, травмой полученной от воздействия обитателей подводного мира, несчастным случаем с Застрахованным, смертью Застрахованного, также в связи с иными обстоятельствами, предусмотренными Договором страхования (полисом), при нахождении Застрахованного в путешествии и требующими оказания медицинских и иных услуг (в том числе транспортных), предусмотренных Договором страхования (полисом).

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

4.2.1 употреблением, наркотических средств или иных психоактивных веществ, при наличии причинно-следственной связи между употреблением указанных веществ и наступившим событием;

Факт употребления (не употребления) или наличия (отсутствия) признаков опьянения, интоксикации должен быть отмечен в медицинском отчете. Уровень содержания наркотических или иных психоактивных веществ должен быть зафиксирован актом, протоколом или иным официальным документом, оформленным в соответствии с нормами права страны пребывания и подписанным лицами, имеющими соответствующие полномочия. Измерения должны производиться с соблюдением всех санитарных, процессуальных и временных норм.

При отсутствии данного документа событие не является страховым случаем. При этом характер и степень опасности полученных Застрахованным травм не учитывается.

4.2.2. прерыванием запоя, снятием интоксикации, вызванной употреблением алкоголя, наркотических, психотропных и наркотикоподобных препаратов, вызывающих психическую и физическую зависимость;

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

4.2.4. самоубийством (покушением на самоубийство) Застрахованного, умышленным членовредительством;

4.2.5. воздействием ядерного взрыва, радиации, радиоактивного или иного вида заражения;

4.2.6. стихийными бедствиями или опасными природными явлениями и их последствиями, метеоусловиями; падением метеоритов и иных космических тел/объектов, эпидемиями, карантином;

4.2.7. военными действиями и их последствиями, народными волнениями, забастовками, восстаниями, мятежами, массовыми беспорядками, актами терроризма и их последствиями;

4.2.8. умышленными действиями Застрахованного и/или заинтересованных третьих лиц, направленными на наступление страхового события, признаваемого по настоящим Правилам страховым случаем;

4.2.9. совершением Застрахованным противоправного деяния, находящегося в прямой причинно-следственной связи с наступлением страхового случая;

4.2.10. воздействием любого вида излучения (инфракрасного, ультрафиолетового, гамма-излучения, ионизирующего, микроволнового, радиочастотного, в т.ч. солнечного (солнечные ожоги, фотодерматиты, солнечная аллергия, тепловой удар, перегрев), за исключением детей в возрасте до 5 лет и случаев, представляющих угрозу для жизни Застрахованного;

4.2.11. управлением транспортным средством без водительского удостоверения соответствующей категории, согласно законодательству страны пребывания (или территории РФ при путешествиях по РФ);

4.2.12. произошедшего в результате транспортного происшествия при использовании любого транспортного средства (в т.ч. велосипеда, скутера, мотоцикла, гидро- и квадроцикла, мотовездехода, катера, моторной лодки, яхты, катамарана, снегохода, автомобиля, багги, вертолета, самолета, самоката, дельта- и парашюта, животных (ослы, лошади, верблюды, слоны), если:

- а) Застрахованный сам управлял транспортным средством, не имея соответствующего водительского удостоверения, согласно законодательству страны пребывания и/или находясь в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения или под воздействием психотропных или подобных им веществ;
- б) Застрахованный передал управление транспортным средством лицу, не имеющему соответствующего водительского удостоверения, согласно законодательству страны пребывания, и/или находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения или под воздействием психотропных или подобных им веществ;
- в) Застрахованный находился в качестве пассажира в транспортном средстве (кроме общественного транспорта), управление которым осуществляло лицо, не имеющее соответствующего водительского удостоверения, согласно законодательству страны пребывания, и/или находящееся в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения или под воздействием психотропных или подобных им веществ;

4.2.13. полетом Застрахованного на летательном аппарате, управлением им, кроме случаев полета в качестве пассажира на самолете гражданской авиации, управляемом профессиональным пилотом;

4.2.14. полетом Застрахованного на безмоторных летательных аппаратах, моторных планерах, сверхлегких летательных аппаратах;

4.2.15. прыжками с парашютом, полеты на парашюте, бейсджампинг;

4.2.16. внетрассовым катанием на беговых, горных лыжах и сноуборде, санях, ледянках, тюбинге;

4.2.17. управлением моторными транспортными средствами (за исключением автомобиля), участием в мотокроссе 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.);

4.2.18. активным отдыхом и игровыми мероприятиями с повышенной степенью риска;

Под активным отдыхом понимается катание на водных мотоциклах, водных лыжах, развлечения на воде с использованием буксируемых (либо передвигающихся самостоятельно, моторных, весельных, парусных) плавательных средств, любые игровые и спортивные мероприятия с использованием естественной или искусственной водной среды, катание в аквапарках и на водных горках; прыжки на эластичном канате, катание на роликах, скейт-бордах любых модификаций, поездки на любых механических, электронных, гужевых транспортных средствах (в т.ч. велосипедах, мотоциклах, мотороллерах, мопедах, скутерах, квадроциклах), использование для передвижения различных видов животных, сафари, охота, рыбалка, спортивные и игровые мероприятия (независимо от числа участников), развлекательные мероприятия, организованные персоналом отеля, сопряженные с повышенным риском (кроме танцев на официально организованной дискотеке).

Под игровыми мероприятиями следует понимать последовательное выполнение ряда манипуляций или движений группой лиц с целью самореализации, выходящей за рамки их актуальных социальных ролей.

4.2.19. участием в экскурсиях (наземных, воздушных, водных), организованных неавторизованным, неофициальным агентством;

4.2.20. любительскими (на разовой основе, например, на период отпуска, каникул или в выходные дни) или профессиональными занятиями спортом с повышенной опасностью, занятиями сноубордингом или горными лыжами на специально оборудованных и предназначенных для этого трассах, водными лыжами, вейкбордингом, серфингом, рафтингом, параглайдингом, парасейлингом, верховой ездой, триалом, маунтинбайком, спелеотуризмом, паркур, альпинизмом, скалолазанием, ледолазанием, трекингом (пешие походы без применения альпинистского снаряжения),

4.2.21. участием Застрахованного в спортивных соревнованиях, турнирах и тренировочных сборах;

4.2.22. глубоководным погружением на сжатом воздухе на глубину более 40 метров;

4.2.23. глубоководным (более 40 метров и не превышая 100 метров) погружением на смесях более одной (Trimix) с обязательной декомпрессионной остановкой с использованием аппаратов замкнутого и полужамкнутого типа.

4.2.24. погружением в надголовных средах и подледный дайвинг.

4.3. Если иное не предусмотрено Договором страхования (полисом), события, указанные в п. 4.1 настоящих Правил, не признаются страховыми случаями, если поездка предпринята для:

4.3.1. осуществления Застрахованным лицом служебной, трудовой или иной деятельности (в т.ч. любой работы по найму, выполнение обязанностей военной службы);

4.3.2. путешествия, предпринятого с целью проведения курса (части курса) лечения на Территории страхования;

Путешествием с целью получения курса лечения признается поездка, которая предполагает получение Застрахованным на основании ранее полученных им рекомендаций в устной или письменной форме и поставленных диагнозов услуг традиционной и нетрадиционной медицины, направленных на снижение негативного влияния или полного устранения внешних и внутренних признаков заболевания любой этиологии, сроков давности и степени поражения организма Застрахованного.

При этом Страховщик не возмещает расходы на лечение, которое является целью путешествия (на проведение курса лечения на курортах, в санаториях, пансионатах, домах отдыха и других подобных учреждениях), а также расходы, вызванные ухудшением состояния здоровья или смертью Застрахованного в связи с этим лечением и (или) осуществление репатриации, в том числе посмертной.

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 (полисом), если поездка была предпринята с целью получения лечения, если иное прямо не установлено в Договоре страхования (полисе).

4.3.3. По дополнительному соглашению Сторон, оговоренному в Договоре страхования (полисе), страховыми случаями по настоящим Правилам могут признаваться события, указанные в п.п. 4.2.10, 4.2.12. - 4.2.21. и 4.3.1. настоящих Правил с применением установленных Страховщиком повышающих коэффициентов согласно *Приложению 1 к настоящим Правилам*, и если это предусмотрено программами страхования Дайвинг Голд плюс Тревел (Diving Gold + Travel) или Дайвинг Платинум плюс Тревел (Diving Platinum + Travel) или Инструктор (Instructor).

4.3.4. По дополнительному соглашению Сторон, оговоренному в Договоре страхования (полисе), страховыми случаями по настоящим Правилам могут признаваться события, указанные в п.п. 4.2.22. - 4.2.24. настоящих Правил с применением установленных Страховщиком повышающих коэффициентов согласно *Приложению 1 к настоящим Правилам*

При этом погружения, согласно п.п. 4.2.22-4.2.24 настоящих Правил, должны осуществляться с сертифицированным оборудованием при наличии сертификата дайвера в разрешенном для дайвинга месте.

4.4. События, указанные в п. 4.1. настоящих Правил, **не признаются страховыми случаями**, если они связаны 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 (полиса), независимо от того, осуществлялось по ним лечение или нет (в том числе связанных с образованием конкрементов, язв и пр.);
- лечением психических заболеваний и купированием судорожных состояний, неврозов (панические атаки, депрессии, истерических синдромов, усталости, переутомления и т. п.);
- проявлениями и осложнениями ВИЧ-инфекции, туберкулеза, лепры, а также проявления и осложнения синдромов иммунодефицита другого происхождения, вирусных гепатитов, исключая гепатит "А", если заболевания были диагностированы у Застрахованного до заключения Договора страхования (полиса);
- проявлениями и осложнениями любых новообразований (доброкачественных и злокачественных), заболеваний крови и кроветворных органов, в т.ч. вовлекающих иммунный механизм, в т.ч. впервые выявленными;
- лечением венерических заболеваний, заболеваний, передающихся преимущественно половым путем и их последствий (осложнений, имевшихся у Застрахованного до начала поездки)
- лечением травм и повреждений половых органов в результате сексуального контакта или воздействия посторонних предметов;
- лечением особо опасных инфекций (холеры, сыпного тифа, чумы, вирусных геморрагических лихорадок и т.п.) и заболеваний, которые могли быть предотвращены своевременной вакцинацией и/или являющихся следствием нарушения Застрахованным профилактических карантинных мероприятий и путешествиями в зоны эндемичные по особо опасным инфекциям (чума, холера,

- желтая лихорадка (а также сходные с ней лихорадки Эбола и Марбург) при официальном предупреждении государственных уполномоченных органов о наличии в этих районах опасности заражения, эпидемии;
- лечением заболеваний, травм и состояний, имевшихся до начала действия страхования, либо связанные с лечением, которое Застрахованный проходил до начала страхования, до начала поездки на Территорию страхования и по возвращении из нее, а также расходы, которые имели место после возвращения Застрахованного в ПМЖ, а также в случае, если поездка была противопоказана Застрахованному по состоянию здоровья;
 - лечением внезапного заболевания или несчастного случая, происшедшими до начала действия страхования или по истечении срока действия страхования, за исключением случаев, связанных с баротравмой легких и декомпрессионным заболеванием;
 - ухудшением состояния здоровья или смертью Застрахованного, связанными с лечением, которое Застрахованный проходил до начала действия страхования,
 - ухудшением состояния здоровья или смертью Застрахованного в связи с применением лекарственных препаратов, в том числе тех, которые не были назначены врачом, направленным Сервисной компанией;
 - нарушениями Застрахованным правил профилактики заболеваний, эндемичных для страны временного пребывания, которые включены в условия выдачи разрешения на въезд в данную страну и о которых Застрахованный мог получить или получил в консульстве принимающей страны, а также невыполнения предписаний врача;
 - нарушениями менструально-овариального цикла, менструальные боли (альгодисменорея), в т.ч. на фоне приема или использования гормональных препаратов, включая противозачаточные средства;
 - любыми осложнениями, связанными с патологическим или нормальным протеканием беременности сроком свыше 12 недель, абортами (за исключением вынужденного прерывания беременности, явившегося следствием несчастного случая и самопроизвольного прерывания беременности при сроке менее 12 (двенадцати) недель);
 - любыми осложнениями беременности, связанными с патологическим или нормальным протеканием беременности в результате экстракорпорального оплодотворения, и беременности, требующей приема специфической терапии для ее сохранения, а также с родовспоможением, включая кесарево сечение, послеродовый период, медицинское наблюдение и уход за новорожденным, транспортировку, эвакуацию, репатриацию новорожденного ребенка Застрахованной и самой Застрахованной в случае преждевременных родов, произошедших на Территории страхования;
 - проявлениями, обострениями или осложнениями нервного или психического заболевания, в т.ч. развившегося вследствие врожденных аномалий, родовых травм, задержки психического развития и умственной отсталости, расстройства поведения (неврозов, панических атак, депрессии, истерических синдромов, расстройств сна), эпизодических или пароксизмальных расстройств нервной системы, судорожных (эпилептиформных) припадков (за исключением фебрильных судорог у детей до 10 лет);
 - любыми проявлениями уrogenитальных инфекций и инфекций мочевыводящих путей, если факт инфицирования (диагностирования соответствующего заболевания) был зафиксирован у Застрахованного до заключения Договора страхования (полиса);

- любыми проявлениями и осложнениями грибковых и кожных заболеваний, слизистой оболочки рта (псориаз, нейродермиты, экземы, микозы, мозоли, папилломы, бородавки и невусы, кондиломы, акне, угревая сыпь, пищевые дерматиты, вросший ноготь, блефарит, аллергический конъюнктивит, атерома, аллопеция, стоматит), исключая инфекционные и вирусные заболевания;
- укусами насекомых и ожогами (исключая укусы клещей, ядовитых насекомых, ос, пчел; ожоги, полученные при контакте с медузами, ядовитыми пресмыкающимися, морскими ежами, ядовитыми растениями и термические ожоги), аллергическими реакциями в виде крапивницы (исключая отек Квинке, анафилактический шок);
- осложнениями заболеваний, получивших развитие в ходе поездки, предпринятой, несмотря на медицинские противопоказания.

Существующие медицинские противопоказания к поездке – обстоятельства, связанные напрямую или косвенно с ранее приобретенными заболеваниями, которые Застрахованный перенес до начала поездки или которыми страдает Застрахованный и которые могут явиться причиной ухудшения здоровья Застрахованного в период пребывания на Территории страхования, не покрываются, если о них не было заявлено в момент подписания Договора страхования (полиса) и если Страховщик не предоставил согласия в письменной форме о принятии такого риска на страхование.

- проявлениями, обострениями и осложнениями врожденных, наследственных, онкологических, аутоиммунных заболеваний, имевшихся у Застрахованного на момент заключения Договора страхования (полиса), последствиями травм, которые последние 6 (шесть) месяцев до момента заключения Договора страхования (полиса) требовали амбулаторного и/или стационарного лечения, оперативного вмешательства или стоматологической помощи, независимо от того, осуществлялось ли по ним лечение или нет.

4.5. При наступлении страхового случая Застрахованный информирует Сервисную компанию, если необходимость такого обращения предусмотрена Договором страхования (полисом) и/или настоящими Правилами, заблаговременно, до обращения, визита в медицинское учреждение. В этом случае Сервисная компания организует оказание услуг, предусмотренных Договором страхования (полисом), а Страховщик оплачивает данные услуги.

По настоящим Правилам Страховщик в соответствии с Договором страхования (полисом) оплачивает Сервисной компании, организующей и осуществляющей указанные ниже мероприятия, или непосредственно Застрахованному при предоставлении документов об осуществлении им соответствующих выплат следующие расходы:

4.5.1. медицинские расходы:

Медицинская помощь – амбулаторная, стационарная, скорая и неотложная медицинская помощь, в том числе консультативная (включая дистанционные врачебные консультации), диагностическая и лечебная, необходимая для купирования неотложного медицинского состояния и подготовки Застрахованного к транспортировке, в том числе медицинской.

Амбулаторная помощь – консультации врача общей практики или врача специалиста, инъекции, анестезия, перевязки, лабораторная и инструментальная диагностика, первичная хирургическая помощь, включая 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 в медицинском учреждении на Территории страхования.

Диагностические мероприятия до момента устранения угрозы жизни подлежат возмещению в сумме эквивалентной не более 1000 долл. США/1000 евро/70 000 рублей в зависимости от валюты Договора страхования (полиса).

Стационарная помощь – экстренная госпитализация в медицинское учреждение, приближенное к месту временного пребывания Застрахованного и подходящее по необходимым Застрахованному видам и объемам медицинской помощи:

- пребывание в стандартной двухместной или многоместной палате, в палате интенсивной терапии,
- проведение экстренной хирургической операций, если операция по медицинским показаниям не может быть отсрочена до даты возможного ближайшего возвращения Застрахованного;
- для лиц, путешествующих за пределами страны ПМЖ, в страну ПМЖ;
- для лиц, проживающих в РФ и путешествующих по РФ, в регион ПМЖ);
либо эта транспортировка невозможна до проведения этой хирургической операции.

Расходы на материалы для остеосинтеза при этом подлежат возмещению в сумме эквивалентной не более 1000 долл. США/1000 евро/70 000 рублей в зависимости от валюты Договора страхования (полиса).

Скорая и неотложная медицинская помощь – выезд медицинской бригады (врачебной или фельдшерской), оказание неотложной медицинской помощи, при наличии показаний для срочной консультации или экстренной госпитализации – транспортировка в медицинское учреждение.

Лекарственные средства, перевязочные материалы, средства фиксации (гипс, бандаж), костыли, прокат инвалидных колясок, назначенные врачом и необходимые для оказания неотложной медицинской помощи и в количестве, необходимом до возвращения Застрахованного:

- для лиц, путешествующих за пределами страны ПМЖ, в страну ПМЖ;
- для лиц, проживающих в РФ и путешествующих по РФ, в регион ПМЖ.

Экстренная медицинская помощь на Территории страхования при возникновении обострения и/или осложнения хронического заболевания, оказанная медицинским учреждением, рекомендованным Страховщиком /Сервисной компанией.

Возмещению подлежат медицинские расходы на оплату медицинской помощи в экстренной форме по купированию угрозы жизни Застрахованного.

4.5.2. расходы на оплату медико-транспортных услуг, организуемых Сервисной компанией, с использованием специализированного медицинского или обычного видов транспорта, в том числе авиационного:

4.5.2.1. расходы по медицинской эвакуации:

- по **эвакуации** (транспортировке автомашиной скорой помощи или иным транспортным средством):
 - а) с места происшествия на Территории страхования 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, путешествующего за пределами страны ПМЖ или региона РФ.

- б) при переводе, предписанном лечащим врачом и подтвержденном заключением врача Страховщика/Сервисной компании, из одного медицинского учреждения в другое.
- по **экстренной медицинской репатриации** адекватным транспортным средством, включая расходы на сопровождающее лицо (если такое сопровождение предписано врачом) из места временного пребывания на Территории страхования;
- лиц, путешествующих за пределами страны ПМЖ, до ближайшего к месту проживания Застрахованного международного аэропорта, вокзала, порта в стране ПМЖ Застрахованного;

- лиц, проживающих в РФ и путешествующих по РФ, до ближайшего к месту проживания Застрахованного медицинского учреждения в регионе ПМЖ Застрахованного.

Указанные расходы возмещаются при условии:

- а) отсутствия в стране (месте) 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.

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 медицинских и иных услуг, возникшие после возвращения Застрахованного:

- лиц, путешествующих за пределами страны ПМЖ, в страну ПМЖ;
- лиц, проживающих в РФ и путешествующих по РФ, в регион ПМЖ Застрахованного.

4.5.2.2. по **медицинской репатриации** - медицинской транспортировке Застрахованного приемлемым транспортным средством до ближайшего к месту проживания Застрахованного медицинского учреждения:

- лиц, путешествующих за пределами страны ПМЖ, в стране ПМЖ Застрахованного;
- лиц, проживающих в РФ и путешествующих по РФ, в регионе ПМЖ Застрахованного;

при условии отсутствия на Территории страхования возможностей для предоставления требуемой медицинской помощи, а также в случае, когда лечение может быть осуществлено или продолжено, а также случае, если расходы по пребыванию в стационаре на Территории страхования могут превысить установленную Договором страхования (полисом) страховую сумму (лимит возмещения);

Сервисная компания, на основании медицинских документов, принимает решение о возможности проведения медицинской репатриации, ее дате, виде транспорта, положении Застрахованного при транспортировке, необходимости и виде медицинского сопровождения (врачом, фельдшером) или сопровождения гражданским лицом, необходимость использования переносного медицинского оборудования, лекарственных средств.

Медицинская репатриация проводится только при отсутствии медицинских противопоказаний.

При этом Страховщик не возмещает расходы, связанные с получением медицинских и иных услуг, возникшие после возвращения:

- для лиц, путешествующих за пределами страны ПМЖ, в страну ПМЖ;
- для лиц, проживающих в РФ и путешествующих по РФ, в регион ПМЖ Застрахованного;

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 из поездки.

4.5.2.3. по **медицинской транспортировке**:

- транспортировке, лиц, путешествующих за пределами страны ПМЖ и лиц, путешествующих по РФ, в т. ч. расходы на такси до медицинского учреждения на Территории страхования и обратно;
- транспортировке до места проживания:
- лиц, путешествующих за пределами страны ПМЖ, до ближайшего к месту проживания Застрахованного международного аэропорта, вокзала, порта в стране ПМЖ Застрахованного;
- лиц, проживающих в РФ и путешествующих по РФ, в до ближайшего к месту проживания Застрахованного аэропорта, вокзала, порта в регионе ПМЖ Застрахованного;

или до ближайшего к месту проживания Застрахованного медицинского учреждения в стране или регионе ПМЖ Застрахованного 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 (получение разрешения на перелет или транспортировку иным транспортным средством).

При этом страховщик оплачивает следующие расходы:

- а) по транспортировке машиной скорой медицинской помощи из медицинского учреждения, в котором Застрахованный проходил лечение:
 - лиц, путешествующих за пределами страны ПМЖ, до ближайшего международного аэропорта, вокзала, порта на Территории страхования, у которого есть прямое международное сообщение со страной ПМЖ Застрахованного;
 - лиц, проживающих в РФ и путешествующих по РФ, до ближайшего аэропорта, вокзала, порта на Территории страхования, у которого есть прямое сообщение с регионом ПМЖ Застрахованного;
- б) на проезд к месту проживания:
 - лиц, путешествующих за пределами страны ПМЖ, до ближайшего к месту проживания Застрахованного международного аэропорта, вокзала или порта страны ПМЖ Застрахованного, в один конец экономическим классом;
 - лиц, проживающих в РФ и путешествующих по РФ, в до ближайшего к месту проживания Застрахованного аэропорта, вокзала, порта в регионе ПМЖ Застрахованного;
- в) по транспортировке машиной скорой медицинской помощи в ближайшее к месту проживания Застрахованного медицинское учреждение для дальнейшего лечения:
 - лиц, путешествующих за пределами страны ПМЖ, от международного аэропорта, вокзала или порта страны ПМЖ Застрахованного;
 - лиц, проживающих в РФ и путешествующих по РФ, от аэропорта, вокзала, порта в регионе ПМЖ Застрахованного;
- г) на сопровождающее лицо (в случае необходимости);

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.

4.5.2.4. Способы транспортировки Застрахованного в случаях, предусмотренных в пп. 4.5.2.1. – 4.5.2.3. настоящих Правил, определяются Страховщиком/Сервисной компанией 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 Сервисной компанией.

В случае выявления у Застрахованного заболеваний и состояний, не являющихся страховым случаем, Сервисная компания может оказать содействие в организации медицинских и иных услуг Застрахованному по его просьбе. При этом Страховщик не оплачивает и не возмещает расходы по оплате этих услуг.

4.5.3. расходы на транспортные услуги:

4.5.3.1. по возвращению Застрахованного в страну или регион ПМЖ:

- для лиц, путешествующих за пределами страны ПМЖ, до ближайшего к месту проживания Застрахованного международного аэропорта, вокзала, порта в стране ПМЖ Застрахованного;
- для лиц, проживающих в РФ и путешествующих по РФ, до ближайшего к месту проживания Застрахованного аэропорта, вокзала или порта в регионе ПМЖ Застрахованного;

в один конец экономическим классом, включая расходы на проезд до ближайшего аэропорта, вокзала или порта на Территории страхования.

Указанные расходы возмещаются в случае, если отъезд Застрахованного не состоялся в срок, указанный в проездных документах, 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.

4.5.3.2. по возвращению несовершеннолетнего ребенка в страну или регион ПМЖ, если ребенок остался без присмотра в результате госпитализации Застрахованного по причине страхового случая сопровождающего его взрослого родственника, с которым он путешествовал (при условии, что он путешествовал только с одним сопровождающим лицом и у него есть собственный заграничный паспорт/свидетельство о рождении)

- детей, лиц, путешествующих за пределами страны ПМЖ, до ближайшего к месту проживания Застрахованного международного аэропорта, вокзала, порта в стране ПМЖ Застрахованного;
- детей, лиц, проживающих в РФ и путешествующих по РФ, до ближайшего к месту проживания Застрахованного аэропорта, вокзала или порта в регионе ПМЖ Застрахованного;

в один конец экономическим классом, включая расходы на проезд до ближайшего аэропорта, вокзала или порта на Территории страхования, включая один дополнительный билет для сопровождающего совершеннолетнего лица, определенного Сервисной компанией;

4.5.3.3. по визиту родственника Застрахованного – в случае, если Застрахованный путешествует без сопровождающего лица, и срок его стационарного лечения в результате страхового случая превысил 10 (десять) суток, Страховщик возмещает расходы на билеты для проезда экономическим классом одного совершеннолетнего родственника Застрахованного или иного лица, указанного Застрахованным, к месту стационарного лечения Застрахованного на Территории страхования.

При этом расходы родственника на обратный билет в страну ПМЖ Застрахованного возмещаются в случае возвращения родственника совместно с Застрахованным и необходимости его сопровождения по медицинским показаниям.

Расходы по пребыванию родственника на Территории страхования не возмещаются.

4.5.4. расходы по посмертной репатриации тела (урны с прахом) Застрахованного):

- лиц, путешествующих за пределами страны ПМЖ, в до ближайшего к месту проживания Застрахованного международного аэропорта, вокзала или порта страны ПМЖ Застрахованного;
- для лиц, путешествующих за пределами страны ПМЖ, проживающих в РФ, до ближайшего к месту проживания Застрахованного морга в регионе ПМЖ Застрахованного;
- для лиц, проживающих в РФ и путешествующих по РФ, до ближайшего к месту проживания Застрахованного морга в регионе ПМЖ Застрахованного;

включая необходимые для расходы на подготовку тела к транспортировке (расходы на покупку гроба, расходы по кремированию с согласия родственников, оформление необходимых для этого документов) и транспортные расходы от морга на Территории страхования до места отправки;

Вид транспорта, с использованием которого осуществляется посмертная репатриация и дата ее проведения, определяются Сервисной компанией.

Расходы на ритуальные и услуги по хранению тела (останков) в стране ПМЖ Застрахованного не возмещаются.

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 страховой суммы (или лимита возмещения), установленной в Договоре страхования (полисе). При этом Страховщик вправе осуществить компенсацию понесенных расходов частично, исходя из средней стоимости репатриации в данной стране (регионе), представленной Сервисной компанией, если несогласованные действия привели к увеличению расходов Страховщика.

4.5.5. расходы на связь с Сервисной компанией на телефонные звонки по номеру Сервисной компанией, указанному в Договоре страхования (полисе), возмещаются в сумме, эквивалентной не более 100 USD/100 EURO/7 000 RUB в зависимости от валюты Договора страхования (полиса);

При необходимости Сервисная компания связывается с родственниками в стране или регионе ПМЖ Застрахованного по телефону или с использованием иных средств связи, для передачи срочных сообщений, связанных со страховым случаем.

4.5.6. расходы на стоматологическую помощь, включая расходы на анестезию, рентген, удаление зуба, вскрытие абсцесса мягких тканей или канала зуба, пломбирование этого канала возмещаются в сумме, эквивалентной не более 200 USD/200 EURO/14 000 RUB в зависимости от валюты Договора страхования (полиса), если иное не оговорено в Договоре страхования (полисе);

4.5.7. расходы на проведение поисково-спасательных работ, включая-проведение поисково-спасательных работ, включая расходы на авиа-/морской поиск и эвакуацию на берег с судна или из моря 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).

4.5.8. Страховщик не возмещает расходы:

- на получение услуг, не являющихся экстренными по медицинским показаниям, проведением не носящих экстренного характера операций, и/или в которых нет экстренной необходимости с медицинской точки зрения, с лечением, не назначенным врачом, с обследованиями, анализами, приемом медикаментов, выходящими за пределы необходимости и достаточности, а также с изменениями по желанию Застрахованного (вопреки рекомендациям назначенного Страховщиком врача) медицинских технологий, используемых при лечении, как

основного заболевания, так и его осложнений, на профилактические мероприятия и общие медицинские осмотры;

- на получение услуг, не связанных с внезапным заболеванием или несчастным случаем;
- связанные с экстренной посадкой воздушного судна по показаниям Застрахованного для оказания неотложной медицинской помощи;
- на проведение ангиографии, а также расходы по оплате хирургических вмешательств на сердце и сосудах (ангиопластика, стентирование, шунтирование, аорто-коронарное шунтирование и т.п.) даже при наличии медицинских показаний к их экстренному 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.

- на получение Застрахованным медицинских услуг, не связанных с внезапным заболеванием или несчастным случаем, на профилактические мероприятия и общие медицинские осмотры и т.п., не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения, или на лечение, не назначенное лечащим врачом;
- на консультации и обследованиями во время протекания беременности, консультации, обследования и лечение осложнений беременности вне зависимости от ее сроков, а также расходы по родовспоможению и послеродовому уходу за ребенком;
- на пластическую и восстановительную хирургию, трансплантологию (пересадку органов) и всякого рода протезирование, включая зубное и глазное;
- на оказание стоматологической помощи кроме расходов на осмотр, экстренное лечение и медикаменты при остром воспалении зуба и окружающих зуб тканей, а также при травме зуба в результате несчастного случая;
- на лечение или медико-транспортные услуги, возникшие в результате добровольного отказа Застрахованного от выполнения предписаний врача, полученных им в связи с обращением по поводу страхового случая;
- на лечение Застрахованного и/или уход за ним, осуществляемые его родственниками, а также расходы на обеспечение пребывания родственников Застрахованного, обусловленного его лечением, и расходы на последующее возвращение их в страну или регион ПМЖ Застрахованного, за исключением обстоятельств, предусмотренных в п. 4.5.3.3 настоящих Правил;
- на проведение дезинфекции, вакцинации, исключая экстренную вакцинопрофилактику особо опасных инфекционных заболеваний – столбняк, бешенство, клещевой энцефалит и т.п.);
- на проведение врачебных экспертиз, лабораторных и диагностических исследований, контрольных осмотров, не связанных с несчастным случаем или внезапным заболеванием Застрахованного;
- на предоставление дополнительного комфорта, а именно: палаты класса "люкс", телевизора, телефона, кондиционера, увлажнителя, услуг парикмахера, массажиста, косметолога, переводчика и т. п.;
- на оплату услуг, которые были предоставлены Застрахованному после возвращения Застрахованного в страну или регион ПМЖ, а также после прекращения срока действия страхования, за исключением услуг, связанных с декомпрессионной болезнью и баротравмой легких;

При этом Застрахованный обязан сообщить Страховщику о факте заболевания и необходимости прохождения лечения в стране или регионе ПМЖ в течение 7 (семи) календарных дней с момента (даты) возвращения в страну или регион ПМЖ;

- на диагностирование и лечение серных пробок;
- на проведение косметических или пластических медицинских манипуляций (в т.ч. хирургии) с эстетической или косметической целью или с целью улучшения психологического или физического состояния Застрахованного, в том числе по поводу заболевания кожи (мозоли, папилломы, бородавки и невусы, кондиломы и пр.), расходы на проведение не носящих экстренного характера пластических и восстановительных операций для устранения последствий несчастного случая, расходы на всякого рода протезирование, включая глазное, ортопедическое протезирование, слухопротезирование, трансплантацией органов и тканей, а также стоимость протезов, эндопротезов, имплантатов (в том числе наборов ангиографии, ангиопластики и стентирования, электрокардиостимуляторов и др.) и прочих медицинских изделий, медицинского оборудования, очковой оптики, слуховых аппаратов и медицинских изделий, предназначенных для ухода за больными (за исключением расходов на приобретение костылей и/или прокат кресла-каталки) при любых заболеваниях;
- 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 (полисе) согласно п. 4.5.6. настоящих Правил;
- на диагностику и лечение "нетрадиционными" методами (методами народной медицины) – мануальной терапии, рефлексотерапии (акупунктуры), хиропрактики, массажа, гомеопатии, натуротерапии, гирудотерапии, гомеопатии, фитотерапии, апитерапии и т.п.);
- на восстановительное реабилитационное лечение, физиотерапию (за исключением применения ингаляторов и небулайзеров при бронхообструкции), санаторно-курортное лечение, санаторный, терапевтический или попечительский уход, а также расходы, вызванные ухудшением состояния здоровья или смертью Застрахованного в связи с этим лечением/манипуляциями/уходом;
- на услуги, факт оказания которых не подтвержден соответствующими документами (счет, квитанция, чек);
- на услуги, оказанные медицинским учреждением, не имеющим соответствующей лицензии, либо лицом, не имеющим права на осуществление медицинской деятельности;
- на проведение вакцинации, исключая случаи вакцинации против бешенства, энцефалита, в случае если это предусмотрено в соответствии с программой страхования Договором страхования (полисе);
- на проведение плановых операций и госпитализаций, даже если указанные мероприятия связаны со страховым случаем, произошедшим в период действия Договора страхования (полисе), если иное не предусмотрено Договором страхования (полисом);
- на оплату экстренных и срочных коммуникаций (сообщений, переговоров), связанных с урегулированием последствий страхового случая, подтвержденные соответствующими документами, если иное не предусмотрено Договором страхования (полисом);
- на стационарное лечение, медико-транспортные, транспортные расходы, расходы по посмертной репатриации, не санкционированные Сервисной компанией.

4.6. Страховщик вправе оплатить такие расходы полностью или частично, если сочтет причины не обращения в Сервисной компанией объективными.

- на проведение врачебных экспертиз, лабораторных и диагностических исследований, не связанных с несчастным случаем или внезапным заболеванием;
- на проведение любой эвакуации и/или репатриации, не организованной или не согласованной с сервисной службой (Страховщиком), а также расходы, возникшие в результате добровольного отказа Застрахованного от эвакуации в страну или регион ПМЖ в тех случаях, когда она разрешена по медицинским показаниям, если иное не оговорено в Договоре страхования (полисе);
- на проведение эвакуации/репатриации в случае незначительных болезней или травм, которые, по заключению назначенного Страховщиком медицинского консультанта при консультации с местным лечащим врачом, поддаются местному лечению и не препятствуют продолжению путешествия Застрахованного;
- расходы на хранение тела, ритуальные услуги и погребение.

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 (полису) и являются его неотъемлемой частью.

4.8. 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 согласно *Приложению 1 к настоящим Правилам*.

4.9. Застрахованные считаются застрахованными только в пределах той территории, которая указана в Договоре страхования (полисе) в качестве Территории страхования в соответствии с избранной Застрахованным Программой страхования.

4.9.1. Договором страхования (полисом) может быть введено ограничение по Территории страхования, с указанием конкретной страны (региона), группы стран или географической зоны пребывания Застрахованного.

4.9.2. Договор страхования (полис) не действует в той стране, где Застрахованный имеет вид на жительство (иной документ, его заменяющий) и (или) гражданином которой он является (за исключением лиц, проживающих в РФ и путешествующих по РФ) 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 (полисом).

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

5.1. Страховая сумма является лимитом возмещения и устанавливается по соглашению сторон в Договоре страхования (полисе) по каждому Застрахованному.

В пределах страховой суммы Договором страхования (полисом) могут быть установлены отдельные лимиты возмещения в отношении расходов, предусмотренных в п.п. 4.5.1.- 4.5.7. настоящих Правил.

5.2. Общая сумма выплат по одному или нескольким страховым случаям, произошедшим в течение срока страхования, не может превышать размера страховой суммы, указанной в Договоре страхования (полисе).

5.3. При наступлении страхового случая и осуществления страховой выплаты страховая сумма уменьшается на сумму страховой выплаты.

Уменьшенная на размер страховой выплаты страховая сумма может быть восстановлена с согласия Страховщика до истечения срока действия Договора страхования (полиса) при условии оплаты Страхователем дополнительной страховой премии, рассчитанной исходя из страховых тарифов по Договору страхования (полиса), пропорционально не истекшему сроку действия Договора страхования (полиса).

5.4. В Договоре страхования (полисе) может быть предусмотрена франшиза.

Франшиза определяется в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированной денежной сумме. Если в Договоре страхования (полисе) не предусмотрено иное, то установленная в Договоре страхования (полисе) франшиза является безусловной.

5.4. Страховая премия устанавливается Страховщиком в соответствии с его тарифами, действующими на момент заключения Договора страхования (полиса), с учетом оценки страхового риска и срока страхования.

Конкретный размер страхового тарифа определяется по соглашению сторон на основании базовых тарифов Страховщика с учетом повышающих и (или) понижающих коэффициентов (*Приложение 1 к настоящим Правилам*).

Страховщик в зависимости от различных факторов, имеющих значение для оценки страхового риска (в т. ч. возраста, рода деятельности Застрахованного, занятий спортом (профессиональное и любительское, стоимости медицинских и иных услуг в стране (регионе) временного пребывания, состояния здоровья Застрахованного, количества Застрахованных, Территории страхования, выбранной Страхователем Программы страхования и т.п.) вправе применять к базовым страховым тарифам поправочные коэффициенты (повышающие от 1,01 до 5,0 и понижающие от 0,05 до 0,99), определяемые экспертным путем и потребовать уплаты Страхователем дополнительной страховой премии.

При страховании с установлением франшизы в зависимости от условий страхования (от вида франшизы, ее размера и т.д.), Страховщик вправе применять к базовому страховому тарифу понижающие коэффициенты от 0,15 до 0,99, определяемые экспертным путем.

5.5. Порядок и сроки оплаты страховой премии определяются при заключении Договора страхования.

Страховая премия по Договору страхования (полисе) уплачивается Страхователем единовременно за весь срок действия Договора страхования (полиса) в день заключения Договора страхования (полиса), если Договором страхования (полисом) не предусмотрен иной порядок оплаты страховой премии.

5.6. Датой оплаты страховой премии, если иное не предусмотрено Договором страхования (полисом), считается:

- при оплате безналичным перечислением дата поступления страховой премии на расчетный счет Страховщика или его представителя;

- при оплате наличными денежными средствами - дата оплаты страховой премии наличными денежными средствами представителю Страховщика или в кассу в офисе Страховщика.

5.7. Страховая премия по соглашению сторон и в соответствии с действующим законодательством РФ может быть установлена как в российских рублях, так и в валютном эквиваленте. Страховая премия, установленная в валютном эквиваленте, уплачивается в рублях по курсу Банка России дату заключения Договора страхования (полиса), если иной курс не установлен по соглашению сторон.

5.8. При неоплате страховой премии в установленный Договором страхования (полисом) срок, Договор страхования (полис) считается не вступившим в силу, и обязательства у Страховщика по Договору страхования (полису) не возникают.

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. УВЕЛИЧЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА

6.1. Страховщик предоставляет Получателю страховых услуг при заключении с ним Договора страхования (полиса) информацию в объемах и порядке, установленном действующим законодательством РФ и Правилами страхования, а также текст правил, программы и дополнительные условия страхования, если они являются неотъемлемой частью Договора страхования (полиса).

6.2. Договор страхования (полис) заключается на основании Заявления Страхователя (его представителя) в котором сообщаются данные, необходимые для заключения Договора страхования (полиса) в устной или письменной форме (*Приложение 2 к настоящим Правилам*). К заявлению Страховщик может запросить следующие документы (или их заверенные копии):

а) для Страхователя - юридического лица:

- Свидетельство о государственной регистрации юридического лица;
- Свидетельство ИНН юридического лица;
- документы, позволяющие установить бенефициарных владельцев (фамилию, имя, отчество, гражданство, дату и место рождения, копию документа, удостоверяющего личность; документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лиц без гражданства на пребывание (проживание) в РФ; адрес места жительства (регистрации) и места пребывания;
- список Застрахованных (*Приложение 3 к настоящим Правилам*) с указанием фамилии, имени, отчества на русском языке и в латинской транскрипции (как в загранпаспорте), номера загранпаспорта, даты рождения, сведений о регистрации и адресе проживания в стране или регионе ПМЖ Застрахованного, контактный телефон для связи с Застрахованным, страховой суммы по каждому Застрахованному и сведений о назначенных им Выгодоприобретателях;

б) для Страхователя - физического лица

- общегражданский паспорт;
- копию загранпаспорта Застрахованного, сведения о регистрации и адресе проживания в стране или регионе ПМЖ Застрахованного, информацию о странах, гражданином которых Застрахованный является и (или) в которых имеет вид на жительство/иной документ, сведения о регистрации и адресе проживания в стране или регионе ПМЖ Застрахованного, контактный телефон для связи с Застрахованным, страховую сумму, сведения о Выгодоприобретателе, назначенном Застрахованным;
- в) сведения о поездке (дата начала и окончания поездки, цель поездки, список стран (регионов), на территории которых должно действовать страхование, данные договора о реализации туристского продукта, данные иных документов,

- подтверждающих намерение осуществить поездку (подтверждение брони отеля (гостиницы), проездные документы), маршрут поездки, адрес планируемого пребывания;
- г) виды спорта и активные виды отдыха, которыми Застрахованный планирует заниматься;
 - д) желаемые страховые риски и Программы страхования;
 - е) сведения о текущем состоянии здоровья Застрахованного.

6.2.1. По просьбе Страхователя и с его слов Заявление на страхование и прилагаемые к нему документы (списки, анкеты и т.п.) могут быть заполнены представителем Страховщика с соблюдением требований, установленных Стандартами.

В случае заполнения заявления в письменной форме оно должно быть подписано Страхователем или его уполномоченным представителем. Заявление на страхование, если оно изложено в письменной форме, является неотъемлемой частью Договора страхования (полиса).

6.2.2. После оформления Договора страхования (полиса) представленные Страхователем документы становятся неотъемлемой его частью.

6.2.3. Для соблюдения требований действующего законодательства РФ 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.

До приема на обслуживание Страховщик обеспечивает идентификацию Страхователя, Выгодоприобретателя или их представителей. На стадии урегулирования требований о страховой выплате обеспечивается идентификация лица, обратившегося к Страховщику с Заявлением о страховой выплате (*Приложение 5 к настоящим Правилам*) (Выгодоприобретателя, Страхователя, Застрахованного или их представителей), а также получателя страховой выплаты.

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 РФ и нормативными актами Банка России.

6.3. При заключении Договора страхования (полиса) Страхователь обязан сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки страхового риска в отношении принимаемого на страхование Застрахованного.

6.3.1. Если указанные документы не позволяют Страховщику оценить страховые риски, то сторонами по Договору страхования (полису) может быть достигнуто соглашение об ином перечне документов, которые позволят Страховщику оценить риски, принимаемые на страхование.

6.3.2. При заключении Договора страхования (полиса) Страховщик вправе потребовать проведения медицинского обследования принимаемого на страхование Застрахованного для оценки фактического состояния его здоровья и предоставить следующую медицинскую документацию:

- а) справку (и) из медицинского учреждения с указанием диагноза и сроков лечения, заверенную штампом и печатью лечебно-поликлинического учреждения (ЛПУ).
- б) биохимический анализ крови и анализы, определяющие содержание глюкозы в крови и моче;
- в) 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;
- г) историю болезни, выданную медицинским учреждением;

- д) 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 Застрахованному были оказаны медицинские услуги, а также содержащие данные об обращениях;
- е) 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;
- ж) копию карты наблюдения у гинеколога по беременности (обменную карту);
- з) справку из психоневрологического диспансера (ПНД) и (или) справку из наркологического диспансера;
- и) справку из медицинского учреждения с указанием даты анализа и результатов крови на ВИЧ;
- к) справку из медицинского учреждения с указанием даты и результатов анализов на ЗППП (заболевания, передающиеся половым путем) и (или) справку из кожно-венерологического диспансера (КВД);
- л) справку из туберкулезного диспансера.

Договор страхования (полис) по усмотрению Страховщика может быть заключен без медицинского освидетельствования Застрахованного. При этом Страховщика вправе потребовать от Застрахованного заполнить медицинскую анкету.

Медицинское освидетельствование Застрахованного при заключении Договора страхования (полиса) в виде электронного документа не предусмотрено.

6.3.3. Страховщик вправе отсрочить заключение Договора страхования (полиса) в случае, если Застрахованный находится на госпитализации и (или) временно нетрудоспособен по иным причинам, связанным с нарушениями состояния здоровья, либо до момента получения от Страхователя или компетентного органа дополнительной или уточняющей информации о состоянии здоровья Застрахованного, принимаемого на страхование или результатов его медицинского обследования.

6.4. При заключении Договора страхования (полиса) Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил и о дополнении настоящих Правил.

6.5. Договор страхования (полис) может быть заключен:

- в стандартном порядке при непосредственном обращении Страхователя к Страховщику (его уполномоченному представителю) заявлением в устной или письменной форме о своем намерении заключить Договор страхования (полис).

При этом Страховщик информирует Получателей страховых услуг о способах и порядке подачи Страховщику заявления в устной или письменной форме о заключении Договора страхования (полиса) или об ином порядке заключения Договора страхования (полиса), а также необходимости ознакомления с Правилами и Договором страхования (полисом).

- в форме электронного документа посредством информационно-телекоммуникационной сети Интернет на сайте ООО "Страховая компания "ТИТ" www.titins.ru

6.5.1. Факт заключения договора страхования подтверждается:

- подписанием Страховщиком и Страхователем одного документа – Договора страхования, либо вручением Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного Страховщиком;
- выдачей страхового полиса установленного образца и чека ККТ, распечатанных платежным терминалом;

- получением полиса и Правил или условий страхования в электронном виде, подписанных квалифицированной электронной подписью Страховщика.

В Договоре страхования (полисе) подпись Страховщика\представителя Страховщика может быть выполнена путем факсимильного воспроизведения подписи с помощью средств механического или иного копирования, электронно-цифровой подписи, либо иного аналога собственноручной подписи, предусмотренного законом и/или иными правовыми актами.

Договор страхования (полис), заключаемый с юридическим лицом, оформляется путем составления одного документа с приложением списка Застрахованных. В этом случае Договором страхования (полисом) может быть предусмотрено вручение Застрахованным документа, подтверждающего заключение Договора страхования в их пользу (страхового полиса, Программы страхования и т.п.).

6.5.2. Принятие от Страховщика страхового полиса, в соответствии является согласием Страхователя (Застрахованного) заключить Договор страхования на основании настоящих Правил и, в том числе, (в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 года №152-ФЗ "О персональных данных") подтверждением своего согласия на обработку (включая все действия, перечисленные в ст. 3 Закона) своих персональных данных, указанных в Заявлении на страхование/Договоре страхования (полисе) и иных документах, представленных при заключении Договора страхования (полиса), в целях надлежащего исполнения Договора страхования, организации оказания услуг, а также для осуществления информационного сопровождения исполнения Договора страхования, в том числе посредством направления уведомлений с применением смс-сообщений, посредством электронной почты и иными доступными способами. Согласие действительно в течение срока действия Договора страхования (полиса) и в течение 5 (пяти) лет после окончания действия Договора страхования (полиса). Настоящее согласие на обработку персональных данных может быть отозвано посредством направления письменного уведомления в адрес Страховщика.

Если после заключения Договора страхования (полиса) будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения о вышеуказанных обстоятельствах, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным с даты его заключения и применения последствий, предусмотренных законодательством РФ (п. 2 статьи 179 ГК РФ).

Страховщик не может требовать признания Договора страхования недействительным, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

В случае утраты Договора страхования (полиса) в течение срока действия Договора страхования (полиса) Страховщик на основании заявления Страхователя в письменной форме выдает дубликат, после чего утраченный экземпляр считается недействительным и страховые выплаты по нему не производятся. Первый дубликат выдается Страхователю бесплатно, каждый последующий за плату, рассчитанную, исходя из расходов на изготовление и оформление Договора страхования (полиса).

6.5.3. Для заключения Договора страхования (полиса) в электронной форме Страхователь подает Страховщику заявление о своем намерении заключить Договор страхования в том числе через официальный сайт Страховщика www.titins.ru (доступ к сайту может быть осуществлен в том числе с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного Страховщиком).

6.5.3.1. В Заявлении на страхование помимо данных в соответствии с п. 6.2. настоящих Правил Страхователь обязательно указывает:

- адрес электронной почты;
- номер мобильного телефона Страхователя – физического лица.

В случае подачи Заявления на страхование через сайт Страховщика или в виде электронного документа, такое заявление подписывается Страхователем – физическим

лицом простой электронной подписью, а Страхователем – юридическим лицом – усиленной квалифицированной электронной подписью.

6.5.3.2. Для заключения Договора страхования в виде электронного документа Страховщик предоставляет Страхователю возможность ознакомиться с условиями Договора страхования на сайте Страховщика или путем направления текста Договора страхования (полиса) с приложением или включением в текст страхового полиса настоящих Правил и Программ страхования по реквизитам электронной почты, указанным Страхователем при регистрации на сайте Страховщика или в Заявлении на страхование.

Текст настоящих Правил либо выписка из настоящих Правил и Программа страхования, сформированная на основе положений настоящих Правил, относящихся к конкретному Договору страхования (полису) и на основе которых заключен Договор страхования (полис), дополнительно включается в текст электронного страхового полиса.

6.5.3.3. Страхователь после получения Договора страхования (полиса) с приложением настоящих Правил и ознакомления с условиями, содержащимися в Договоре страхования (полисе) и настоящих Правилах страхования, оплачивает страховую премию (страховой взнос), подтверждая тем самым свое согласие на заключение Договора страхования (полиса) на предложенных Страховщиком условиях.

Оплата Договора страхования (полиса) в виде электронного документа должна быть произведена непосредственно самим Страхователем путем безналичного перечисления денежных средств.

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

После оплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса) Страховщик направляет электронный документ, подписанный квалифицированной электронной подписью, по адресу электронной почты, указанному Страхователем при регистрации на сайте Страховщика или в Заявлении на страхование.

6.5.3.5. В соответствии с п. 1 ст. 6 Федерального закона № 63-ФЗ от 06.04.2011 "Об электронной подписи", а также п. 4 ст. 6.1. Закона Российской Федерации "Об организации страхового дела в Российской Федерации" № 4015–1 от 27.11.1992, Договор страхования (полис), составленный в виде электронного документа, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, признается Сторонами электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя ООО СК "ТИТ". Договор страхования (полис), составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса).

6.5.4. Порядок обмена электронными документами при заключении, действии и прекращении Договора страхования (полиса):

6.5.4.1. В случаях заключения Договора страхования полиса согласно п. 6.5.3. создание и отправка Страхователем Страховщику информации в электронной форме (Заявления на страхование, Заявления о событии, имеющем признаки страхового случая, Заявления о страховой выплате и (или) иных документов) для заключения Договора страхования (полиса), для получения страховой выплаты или досрочного расторжения Договора страхования (полиса) осуществляются с использованием сайта Страховщика. Информация, направляемая Страхователем Страховщику в электронной форме, подписывается Страхователем – физическим лицом простой электронной подписью, а Страхователем – юридическим лицом – усиленной квалифицированной электронной подписью.

6.5.4.2. Идентификация и аутентификация Страхователя осуществляется с помощью системы идентификации и аутентификации, предусмотренной на сайте Страховщика.

При регистрации Страхователя на сайте Страховщика Страховщик выдает Страхователю идентификационные данные (логин и пароль), которые предоставляют доступ к личному кабинету Страхователя на сайте Страховщика. Страхователь при регистрации указывает номер телефона, на который поступит СМС-сообщение (SMS – Short Message Service) с идентификационными данными и кодом подтверждения регистрации.

После подтверждения регистрации все документы, подписанные Страхователем – физическим лицом с использованием указанных логина и пароля, признаются электронным документом, подписанным простой электронной подписью, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью этого физического лица.

6.5.4.3. Информация в электронной форме, отправленная Страховщику, считается полученной Страховщиком в случае отправки/поступления соответствующего подтверждения на адрес электронной почты или номер телефона Страхователя, указанный при регистрации на сайте Страховщика.

В течение срока действия Договора страхования (полиса) Страхователь может направить Страховщику заявление в электронной форме на внесение изменений в Договор страхования (полис), в том числе о досрочном прекращении Договора страхования (полиса), подписанные простой электронной подписью. Внесение изменений осуществляется в соответствии с условиями Договора страхования (полиса) и оформляется дополнительным соглашением сторон в электронном виде.

6.6. Сервисная компания на основании договора со Страховщиком организует оказание необходимых услуг, предусмотренных Договором страхования (полисом), 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. Страховщик оплачивает расходы Сервисной компании по оказанным Застрахованному услугам в соответствии с п. 4.1. настоящих Правил.

Сервисная компания вправе рекомендовать Застрахованному (его представителю) самостоятельно и за свой счет обратиться за получением необходимых медицинских услуг, в том числе с привлечением местных служб скорой помощи, и (или) организацией иных услуг, предусмотренных Договором страхования (полисом).

При обращении за медицинской помощью вследствие наступления события, имеющего признаки страхового случая, Застрахованный в безусловном порядке освобождает, с соблюдением требований законодательства РФ и/или страны временного пребывания, врачей, выполнявших обследование или лечение, а также врачей, наблюдавших и/или лечивших его ранее в стране ПМЖ, от обязанности хранить профессиональную врачебную тайну перед Страховщиком.

6.7. Договор страхования может быть заключен на любой срок. Срок страхования указывается в Договоре страхования (полисе).

6.7.1. Если Договором страхования не оговорено иное, Договор страхования действует только в течение одной поездки Застрахованного за пределы страны или региона ПМЖ.

Договором страхования (полисом) могут быть предусмотрены многократные поездки Застрахованного за пределы страны или региона ПМЖ в течение срока действия Договора страхования.

6.7.1.1. Если в Договоре страхования (полисе) не оговорено иное, то срок одной поездки не может превышать количество дней страхования, указанных в Договоре страхования (полисе). Количество поездок в течение срока действия страхования при этом не ограничивается.

6.7.1.2. Договором страхования (полисом) может быть предусмотрено общее количество дней страхования для всех поездок Застрахованного в течение срока действия

страхования. При этом Страховщик несет ответственность только в пределах указанного в Договоре страхования (полисе) количества дней страхования. При каждом выезде на Территорию действия страхования указанное количество дней автоматически уменьшается на количество дней, проведенное на Территории страхования. Ответственность Страховщика прекращается по истечению указанного в Договоре страхования (полисе) количества дней страхования, но не позднее окончания срока действия Договора страхования (полиса), либо исчерпания страховой суммы, в зависимости от того, что произойдет ранее.

6.7.2. Если Договором страхования (полисом) не предусмотрено иное, то дата начала действия страхования наступает не ранее 00 часов дня, следующего за днем оплаты страховой премии способом, указанным в п. 5.5 настоящих Правил, но не ранее даты, указанной в Договоре страхования (полисе) как дата начала действия Договора страхования (полиса) и не позднее:

- для лиц, путешествующих за пределами страны ПМЖ, – с момента пересечения Застрахованным государственной границы страны, гражданином которой он является или страны, вид на жительство в которой он имеет, подтверждением пересечения границы является отметка пограничных служб в заграничном паспорте, если иное не предусмотрено Договором страхования (полисом);
- для лиц, проживающих в РФ (граждан РФ, граждан, имеющих вид на жительство в РФ, иностранных граждан, временно проживающих на территории РФ и лиц без гражданства, проживающих на территории РФ) и путешествующих по РФ, – с момента пересечения Застрахованным границы региона ПМЖ Застрахованного, если иное не предусмотрено Договором страхования (полисом);

6.7.3. Договор страхования (полис) должен быть заключен до въезда Застрахованного в страну (регион), указанные в Договоре страхования (полисе) как Территория страхования.

Договор страхования (полис), заключенный с нарушением данного условия, считается не вступившим в силу, если иное не указано в Договоре страхования (полисе).

6.8. Договор страхования (полис), а также изменения и дополнения к нему и соглашение о расторжении Договора страхования (полиса) должны быть заключены Сторонами в письменной форме и подписаны уполномоченными Сторонами.

6.9. Договор страхования (полис) прекращается в случаях:

6.9.1. истечения срока его действия, указанного в Договоре страхования (полисе) как день окончания его действия (в 24 часа 00 минут дня, указанного в Договоре страхования (полисе), как день окончания его действия), но не позднее момента пересечения границы:

- страны ПМЖ (для лиц, путешествующих за пределами страны ПМЖ);
- региона ПМЖ (для лиц, путешествующих по РФ).

Если срок действия Договора страхования (полиса) или срок страхования закончился, а лечение по текущему заболеванию Застрахованного не завершено, Страховщик берет на себя расходы на оплату медицинских услуг при госпитализации до купирования неотложного медицинского состояния и выписки из стационара, а также транспортировке Застрахованного еще в течение 20 (двадцати) дней после окончания этих сроков, если иное не оговорено в Договоре страхования (полисе).

В случае, если денежные средства, предусмотренные страховой суммой (лимитом возмещения) по Договору страхования (полисе), исчерпаны до окончания лечения, рекомендованного специалистами медицинского учреждения, осуществляющего лечение Застрахованного, Страховщик оставляет за собой право отказать в возмещении дальнейших расходов на лечение и репатриацию тела Застрахованного, возникших вследствие продолжения рекомендованного лечения или необходимости репатриации.

6.9.2. в 24.00 часа дня смерти Застрахованного (в отношении данного лица);

6.9.3. исполнения Страховщиком обязательств по Договору страхования (полису) в полном объеме (осуществление страховой выплаты в размере страховой суммы), при этом

Договор страхования (полис) прекращается по тому объекту страхования, по которому была исчерпана страховая сумма.

6.9.4. неуплаты Страхователем (Выгодоприобретателем) страховых взносов в размере и сроки, установленные Договором страхования (полисом);

6.9.5. добровольной или принудительной ликвидации Страхователя - юридического лица, а также в случае назначения арбитражного управляющего или временной администрации, достижения договоренности с кредиторами, установления контроля деятельности Страхователя со стороны какого-либо государственного органа – в 24 часа 00 минут дня подписания документа о таком решении уполномоченными на то лицами;

6.9.6. ликвидации Страховщика, установленном законодательными актами РФ – в 24 часа 00 минут дня подписания документа о таком решении уполномоченными лицами;

6.9.7. прекращения действия Договора страхования (полиса) по решению суда – в 24 часа 00 минут дня признания Договора страхования (полиса) недействительным в соответствии с законодательством РФ;

6.9.8 по требованию Страхователя или Страховщика, если это предусмотрено условиями Договора страхования (полиса) или по взаимному соглашению Сторон в соответствии с нормами гражданского законодательства РФ;

6.9.9. в случае полного отзыва субъектом страхования персональных данных и согласия на обработку персональных данных, за исключением случаев, когда для исполнения Договора страхования (полиса) согласие субъекта персональных данных не требуется;

6.9.10. прекращения Договора страхования (полиса) до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в частности - смерть Застрахованного до начала предполагаемой поездки, невозможность выезда за границу по непредвиденным для Страхователя обстоятельствам и данные обстоятельства подтверждены документально;

6.9.11. в случае отказа Страхователя от Договора страхования (полиса), если к моменту такого отказа возможность наступления страхового случая не отпала и существование страхового риска не прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;

6.9.12. в других случаях, предусмотренных законодательством РФ.

6.10. Договор страхования (полис) может быть прекращен досрочно по соглашению Страховщика и Страхователя, в соответствии с действующим законодательством РФ. О намерении расторгнуть Договора страхования (полис) Стороны обязаны уведомить друг друга в письменной форме не менее, чем за 30 (тридцать) календарных дней до предполагаемой даты прекращения Договора страхования (полиса).

6.11. При досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, указанным в п.п. 6.9.8., 6.9.9., 6.9.11., 6.9.12. настоящих Правил при отсутствии до даты досрочного прекращения событий, имеющих признаки страхового случая Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной страховой премии, рассчитываемой пропорционально времени, в течение которого не действовал Договор страхования (полис) в соответствии с фактическим количеством дней действия Договора страхования (фактическим количеством дней пребывания на Территории страхования, указанной в Договоре страхования) в пределах оплаченного периода страхования, за вычетом расходов Страховщика на ведение дела, предусмотренных структурой тарифной ставки.

Если в загранпаспорте есть действующая виза на поездку, а также если Застрахованный заявляет о своем невыезде после истечения срока страхования, указанного в Договоре страхования, то уплаченная премия возврату не подлежит.

6.12. При досрочном прекращении Договора страхования (полиса) согласно п. 6.10. настоящих Правил по инициативе Страховщика в связи с невыполнением Страхователем условий Договора страхования (полиса) и / или настоящих Правил Страхователю может

быть возвращена внесенная им страховая премия за не истекший срок действия Договора страхования (полиса) за вычетом понесенных Страховщиком расходов, включая расходы на ведение дела в размере, предусмотренном структурой тарифной ставки, если иное не предусмотрено Договором страхования (полиса).

6.13. При досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, указанным в п. 6.9.11. (в том числе когда Застрахованный заявляет о своем невыезде в поездку после истечения срока страхования, указанного в Договоре страхования (полисе)) уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если иное не предусмотрено Договором страхования (полиса), за исключением случаев, предусмотренных в п.п. 6.13.1. и 6.13.2. настоящих Правил.

6.13.1. В случае досрочного отказа Страхователя от Договора страхования (полиса) оплаченная Страховщику страховая премия (часть страховых взносов) возврату не подлежит, если иное не предусмотрено Договором страхования (полисом), за исключением случаев, предусмотренных в п.п. 6.13.3. и 6.13.5. настоящих Правил.

6.13.1. В случае если Страхователь-физическое лицо отказался от Договора страхования (полиса) в течение Периода охлаждения независимо от момента (даты) уплаты страховой премии (первого страхового взноса, при уплате страховой премии в рассрочку), и до даты начала действия страхования, уплаченная им страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю-физическому лицу в полном объеме, если загранпаспорте нет отметок консульских служб о въездной визе.

6.13.2. В случае если Страхователь-физическое лицо отказался от Договора страхования (полиса) в течение Периода охлаждения независимо от момента (даты) уплаты страховой премии (первого страхового взноса, при уплате страховой премии в рассрочку), но после даты начала действия страхования, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю-физическому лицу вправе удерживать ее (его) часть пропорционально сроку действия Договора страхования (полиса), прошедшему с даты начала действия Договора страхования (полиса) до даты прекращения действия Договора страхования (полиса).

6.13.3. Действие п.п. 6.13.1 и 6.13.2. настоящих Правил не распространяется на Договоры страхования (полисы):

- предусматривающие оплату оказанной гражданину РФ, находящемуся за пределами территории РФ, медицинской помощи и (или) оплаты возвращения его тела (останков) в РФ;
- заключенные физическими лицами - предпринимателями в связи с осуществлением такими страхователями предпринимательской деятельности;
- являющегося обязательным условием допуска физического лица к выполнению профессиональной деятельности в соответствии с законодательством РФ.

6.14. Договор страхования (полис) считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком заявления Страхователя в письменной форме об отказе от Договора страхования (полиса) или иной даты, установленной по соглашению Сторон в Договоре страхования (полиса).

6.15. Размер части страховой премии, подлежащей возврату Страхователю при досрочном расторжении Договора страхования (полиса) рассчитывается исходя из фактически внесенной суммы страховой премии, отраженной в платежных документах.

6.16. Страховщик осуществляет возврат Страхователю-физическому лицу страховой премии по выбору Страхователя-физического лица наличными денежными средствами или их безналичным перечислением, а Страхователю-юридическому лицу или индивидуальному предпринимателю - безналичным перечислением:

- в случаях, предусмотренных в п. 6.13.1. и 6.13.2. настоящих Правил – в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней со дня получения заявления Страхователя в письменной форме об отказе от Договора страхования (полиса);

- в случаях, предусмотренных в п.п. 6.9.8., 6.9.9. и 6.9.10. настоящих Правил, или если возврат части страховой премии предусмотрен Договором страхования (полисом), – в срок, не превышающий 30 (тридцати) рабочих дней со дня принятия решения Страховщиком о досрочном прекращении Договора страхования (полиса) или получения заявления Страхователя в письменной форме об отказе от Договора страхования (полиса).

6.17. В случае неуплаты (задержки) Страхователем (Выгодоприобретателем) очередной части страховой премии (очередного страхового взноса) либо уплаты очередного страхового взноса в указанные сроки в сумме меньшей, чем предусмотрено Договором страхования (полисом), Договор страхования (полис) прекращает свое действие (считается расторгнутым досрочно) с даты, до которой в соответствии с указанным графиком платежей Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан был уплатить Страховщику очередной страховой взнос в полном размере.

При этом с указанной даты страхование по Договору страхования (полису) не действует, и Страховщик освобождается от обязанности производить страховые выплаты по случаям, произошедшим после указанной даты.

Досрочное прекращение Договора страхования (полиса) в порядке, предусмотренном настоящим пунктом, не освобождает Страхователя от обязанности уплатить страховой взнос за период действия Договора страхования (полиса) до даты его досрочного прекращения.

6.18. В течение срока действия Договора страхования (полиса) Страхователь или Выгодоприобретатель обязаны незамедлительно, как только это станет им известно, сообщать Страховщику обо всех значительных изменениях, относящихся к застрахованному имуществу, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска согласно п. 7.5.6. настоящих Правил.

6.18.1. При неисполнении Страхователем либо Выгодоприобретателем обязанности, предусмотренной п. 6.18. настоящих Правил, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования (полиса) и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора страхования (полиса), в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.18.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение риска страхования, вправе потребовать изменения условий Договора страхования (полиса) или оплаты дополнительной страховой премии.

При расчете дополнительной страховой премии неполный месяц принимается за полный.

6.18.3. Все изменения и дополнения к Договору страхования (полису) оформляются в письменной форме путем заключения дополнительного соглашения, подписанного уполномоченными Сторонами.

Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования (полиса) или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования (полиса) и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора страхования (полиса) (пункт 5 статьи 453 ГК РФ), уведомив Страхователя в письменной форме об этом в письменной форме в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня принятия решения. Стороны не вправе требовать возвращения того, что было исполнено ими по обязательству до момента (даты) расторжения Договора страхования (полиса), если иное не установлено законодательством РФ.

Страховщик не вправе требовать расторжения Договора страхования (полиса), если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

6.18.4. Изменение Договора страхования (полиса) возможно по соглашению Сторон, если иное не предусмотрено Договором страхования (полисом), в том числе при существенном изменении обстоятельств, из которых Стороны исходили при заключении Договора страхования (полиса).

6.18.5. Изменение обстоятельств признается существенным, когда они изменились настолько, что, если бы Стороны могли это разумно предвидеть, Договор страхования (полис) вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях.

6.18.6. Если после заключения Договора страхования (полиса) будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования (полиса) недействительным и применения последствий в соответствии с законодательством РФ, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

6.19. Все уведомления, извещения и сообщения, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) в соответствии с настоящими Правилами, считаются направленными надлежащим образом при их направлении одним из следующих способов, указанным в Договоре страхования (полисе):

- в виде СМС-сообщения по телефону, указанному в Договоре страхования (полисе);
- почтовым отправлением по адресу, указанному в Договоре страхования (полисе);
- по электронной почте по электронному адресу, указанному в Договоре страхования (полисе).

6.19.1. Если в Договоре страхования (полисе) не указан способ уведомления Страхователя, то уведомление осуществляется путем направления СМС-сообщения на номер телефона, указанный в Договоре страхования (полисе);

- при отсутствии номера телефона – простым или заказным письмом по адресу, указанному в Договоре страхования (полисе), либо по электронной почте по электронному адресу, указанному в Договоре страхования (полисе).

6.19.2. При наличии нескольких отличающихся контактных данных Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) выбор конкретного номера телефона, почтового адреса или адреса электронной почты для отправки уведомления осуществляет Страховщик.

6.19.3. Гражданско-правовые последствия, связанные с направлением Страховщиком в адрес Страхователя уведомлений, извещений и сообщений, считаются наступившими для Страхователя с момента, указанного в тексте уведомления, извещения или сообщения, а если данный момент не указан – с момента направления Страховщиком уведомления, извещения или сообщения в адрес Страхователя.

6.19.4. В случае изменения адресов, реквизитов, телефонов и иных данных Страхователь (Выгодоприобретатель) обязуется в течение 7 (семи) рабочих дней известить Страховщика об этом в письменной форме. Если Страховщик не был извещен об изменении этих данных заблаговременно, то риск неполучения направленной Страховщиком корреспонденции (сообщений, извещений) несет Страхователь (Выгодоприобретатель).

7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

7.1. Страховщик имеет право:

7.1.1. проверять указанные Страхователем (Выгодоприобретателем) в Заявлении на страхование сведения;

7.1.2. проверять выполнение Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным) требований настоящих Правил и Договора страхования (полиса);

7.1.3. проводить обследование потенциальных Застрахованных для оценки фактического состояния их здоровья;

7.1.4. самостоятельно выяснять причины и обстоятельства наступившего события, направлять запросы, связанные с расследованием причин и определением размера убытка, с согласия Застрахованного запрашивать и получать информацию о состоянии здоровья

Застрахованного в целях оценки фактического состояния его здоровья в связи с наступлением страхового случая, проводить независимую медицинскую экспертизу по документам, имеющим отношение к наступившему случаю, с целью определения, является ли случай страховым;

7.1.5. давать Страхователю рекомендации по предупреждению страховых случаев;

7.1.6. отсрочить составление страхового акта и принятия решения о признании наступившего события страховым случаем (или о непризнании его страховым случаем) в случае возбуждения по факту смерти Застрахованного уголовного дела, до момента (даты) вынесения приговора суда или приостановления следователем производства по делу;

7.1.7. независимо от того, наступило ли увеличение страхового риска или нет, Страховщик имеет право в течение срока действия Договора страхования (полиса) проверять правильность сообщенных Страхователем сведений и при увеличении страхового риска требовать изменения условий Договора страхования (полиса);

7.1.8. при уведомлении об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, потребовать изменения условий Договора страхования (полиса) и/или оплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска, а если Страхователь (Выгодоприобретатель, Застрахованный) возражает против изменения условий Договора страхования (полиса) или доплаты страховой премии, потребовать расторжения Договора страхования (полиса) и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора страхования (полиса);

7.2. Страховщик обязан:

7.2.1. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами и вручить ему экземпляр Правил после подписания Договора страхования (полиса);

7.2.2. соблюдать условия настоящих Правил и Договора страхования (полиса);

7.2.3. обеспечить конфиденциальность в отношении информации, касающейся Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного);

7.2.4. раскрывать и доводить (предоставлять) информацию Получателю страховых услуг в объеме и порядке, установленном действующим законодательством РФ и настоящими Правилами;

7.2.5. уведомлять Страхователя о дополнительных условиях (в частности, о медицинском освидетельствовании лица, в отношении которого заключается Договор страхования (полис)) и о порядке их выполнения в случаях, когда Страховщик устанавливает такие дополнительные условия для заключения Договора страхования (полиса);

7.2.6. по запросу Страхователя один раз по одному Договору страхования (полису) бесплатно предоставить ему заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащей возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением Договора страхования (полиса). К указанному расчету по запросу Страхователя страховых услуг прилагаются пояснения в устной или письменной форме со ссылками на нормы права и (или) условия Договора страхования (полиса) и настоящих Правил, на основании которых произведен расчет;

7.2.7. по запросу Страхователя, позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, предоставлять ему копии Договора страхования (полиса) и иных документов, являющихся неотъемлемой частью Договора страхования (полиса), за исключением информации, не подлежащей разглашению (персональные данные других застрахованных лиц, данные об уплаченных страхователями премиях, условия страхования других застрахованных лиц и пр.). Страховщик обязан предоставить Страхователю копии указанных документов по действующим Договорам страхования (полисам) бесплатно один раз;

7.2.8. по требованию Получателя страховых услуг - бесплатно разъяснять положения, содержащиеся в информации, предоставляемой при заключении Договора страхования (полиса);

7.2.9. выдать дубликат Договора страхования (полиса) в случае его утраты на основании заявления Страхователя в письменной форме. Утраченный Договор страхования (полис) с момента (даты) выдачи дубликата считается недействительным, и страховые выплаты по нему не осуществляются;

7.2.10. проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со Страхователем при заключении Договора страхования (полиса);

7.2.11. после получения сообщения о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страховщик обязан:

7.2.11.1. по запросу Получателя страховых услуг проинформировать его:

- а) обо всех предусмотренных Договором страхования (полисом) и (или) настоящими Правилами 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;
- б) о предусмотренных Договором страхования (полисом) и (или) настоящими Правилами форме и способах осуществления страховой выплаты.

Указанная информация доводится до Получателя страховых услуг способом аналогичным способу его обращения к Страховщику.

7.2.11.2. принять от Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного) все необходимые документы для выяснения обстоятельств произошедшего события, имеющего признаки страхового случая, и определения размера причиненного вреда жизни или здоровью Застрахованного;

7.2.11.3. в порядке и в сроки, установленные настоящими Правилами и/или Договором страхования (полисом), составить страховой акт и осуществить страховую выплату Выгодоприобретателю в случае признания наступившего события страховым случаем.

7.2.12. В случае расторжения Договора страхования (полиса) или отказа Страхователя от Договора страхования (полиса) Страховщик обязан:

7.2.12.1. 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 (полиса) от его имени и за его счет, в случае если это предусмотрено договором Страховщика с указанным третьим лицом;

7.2.12.2. обеспечить возврат Страхователю уплаченной страховой премии (части страховой премии) при расторжении Договора страхования (полиса) в случаях, предусмотренных Договором страхования (полисом), по выбору Страхователя путем безналичного перечисления денежных средств на банковский счет Страхователя или наличными денежными средствами в офисе, в котором был заключен расторгаемый Договор страхования (полис) и уплачена страховая премия (часть страховой премии) - при наличии кассы в соответствующем офисе на момент (дату) расторжения Договора страхования (полиса) -, или в ином указанном Страховщиком офисе.

7.3. Страхователь имеет право:

7.3.1. ознакомиться с настоящими Правилами страхования при заключении Договора страхования (полиса);

7.3.2. требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в настоящих Правилах страхования и Договоре страхования (полисе);

7.3.3. получить у Страховщика дубликат Договора страхования (полиса) в случае его утраты, направив в его адрес заявление в письменной форме;

7.3.4. отказаться от Договора страхования (полиса) в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай;

7.3.5. претендовать на часть неиспользованной страховой премии при досрочном отказе от Договора страхования (полиса), если это предусмотрено Договором страхования (полисом);

7.3.6. увеличить по согласованию с Застрахованным в течение срока действия Договора страхования (полиса) размер страховой суммы, оформив дополнительное соглашение к Договору страхования (полису) с условием оплаты дополнительной страховой премии;

7.3.7. в течение срока действия Договора страхования (полиса) заменить Застрахованного или Выгодоприобретателя, названного в Договоре страхования (полисе), другим лицом, уведомив об этом Страховщика в письменной форме, кроме случаев, когда заявленный в Договоре страхования (полисе) Выгодоприобретатель выполнил какую-либо из обязанностей по Договору страхования (полисе) или предъявил Страховщику требование о страховой выплате.

7.4. Застрахованный имеет право:

7.4.1. получить у Страхователя или непосредственно у Страховщика (его страхового агента или иного уполномоченного представителя), страховой полис, Программу страхования и настоящие Правила, на основании которых заключен Договор страхования (полис);

7.4.2. требовать от Страхователя назначения Выгодоприобретателя (замены его) в период действия Договора страхования (полиса);

7.4.3. при наступлении страхового случая требовать исполнения Страховщиком принятых обязательств по Договору страхования (полиса), заключенному в его пользу.

7.5. Страхователь обязан:

7.5.1. своевременно оплачивать страховую премию (страховые взносы) в размере и порядке, предусмотренные Договором страхования (полисом);

7.5.2. сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска;

7.5.3. соблюдать условия настоящих Правил и Договора страхования (полиса);

7.5.4. ознакомить Застрахованных с настоящими Правилами и обеспечить своевременное вручение Застрахованным страховых полисов;

7.5.5. представить Страховщику Заявление о страховой выплате (*Приложение 5 к настоящим Правилам*) с приложением документов, выданных компетентными органами, либо другими уполномоченными организациями, подтверждающие факт, причины и страхового события и размер оплаченных расходов, указанных в п. 8.3. настоящих Правил в сроки, установленные Договором страхования (полисом);

В случае смерти Застрахованного представить Страховщику следующие документы:

- если смерть Застрахованного наступила за пределами РФ – документы, легализованные в установленном порядке (копия предусмотренного действующим законодательством документа, содержащего сведения о причине смерти Застрахованного (медицинское свидетельство о смерти окончательное, заключение судебно-медицинской экспертизы, справка о смерти);
- если смерть наступила в результате несчастного случая – акт о несчастном случае на транспорте, полицейский протокол);
- если смерть наступила в больнице - выписка из истории болезни с указанием посмертного диагноза (посмертный эпикриз);
- если смерть наступила в месте временного пребывания - выписка из амбулаторной карты, акт судебно-медицинской экспертизы (при необходимости).

7.5.6. в течение срока действия Договора страхования (полиса) незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными существенных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования (полиса), если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска (изменение обстоятельств признается значительными, когда они изменились настолько, что, если бы стороны могли это разумно предвидеть, Договор страхования (полис) вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях).

Значительными изменениями в обстоятельствах, влияющих на увеличение страхового риска, но не ограничиваясь приведенным списком, признаются:

7.5.6.1. изменение Застрахованным вида спорта или активного отдыха, указанного в Договоре страхования (полисе);

7.5.6.2. занятия Застрахованным каким-либо развлечением или иной деятельностью опасного характера;

7.5.6.3. диагностирование хронического или критического заболевания;

7.5.6.4. любые изменения в обстоятельствах, оговоренных в настоящих Правилах, в Договоре страхования (полисе), в Заявлении на страхование в письменной форме и приложениях к ним.

7.5.6.5. Уведомление об увеличении страхового риска в письменной форме должно быть направлено в адрес Страховщика либо вручено представителю Страховщика не позднее 3 (трех) рабочих дней, следующих за днем, когда Страхователю (Выгодоприобретателю) стало известно об обстоятельствах, влекущих увеличение степени страхового риска, если Договором страхования (полисом) не предусмотрен иной срок уведомления.

7.5.7. Сообщить об изменениях в адресе проживания в стране или регионе ПМЖ, в почтовом адресе для связи, а также о банковских реквизитах для перечисления денежных средств, в счет страховой выплаты. В случае не сообщения об изменениях, указанных в настоящем пункте уведомления, посланные Страховщиком по имеющимся у Страховщика адресам, считаются доставленными Страхователю надлежащим образом с даты, указанной в уведомлении.

Обязанность, указанные в настоящем пункте Правил, возлагается также на Выгодоприобретателя и Застрахованного.

7.5.8. Заключение Договора страхования (полиса) в пользу Выгодоприобретателя не освобождает Страхователя от выполнения обязанностей по такому Договору страхования (полису), если Договором страхования (полисом) не предусмотрено иное, либо обязанности Страхователя выполнены Застрахованным или Выгодоприобретателем.

7.6. Застрахованный обязан:

7.6.1. обеспечить сохранность страхового полиса (сертификата, квитанции);

7.6.2. соблюдать условия настоящих Правил и Договора страхования (полиса);

7.6.3. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Застрахованный обязан:

7.6.4.1. если Договором страхования (полисом) **предусмотрено обращение в Сервисную компанию:**

7.6.4.1.1. до обращения/визита в медицинское учреждение, получения / организации / оплаты иных услуг, предусмотренных настоящими Правилами и Договором страхования (полисом), проинформировать Сервисную компанию по указанным в Договоре страхования (полисе) телефонам о случившемся и сообщить оператору следующую информацию:

а) фамилию, имя Застрахованного;

б) номер Договора страхования (полиса);

в) характер требуемой помощи (услуг);

г) место пребывания и номер телефона для обратной связи;

7.6.4.1.2. получать медицинские и иные услуги в строгом соответствии с инструкциями оператора Сервисной компании;

Медицинские и иные услуги, предусмотренные настоящими Правилами, могут быть оказаны Застрахованному только на Территории страхования, указанной в Договоре страхования (полисе), если иное не предусмотрено Договором страхования (полисом);

7.6.4.1.3. перед получением необходимой помощи (услуг) предъявить персоналу, ее оказывающему, Договор страхования (полис);

7.6.4.1.4. оплатить сумму франшизу в соответствующем размере, если она предусмотрена в Договоре страхования (полисе);

7.6.4.1.5. согласовывать свои действия и следовать указаниям оператора Сервисной компании;

7.6.4.1.6. в случае, если на момент обращения за медицинскими и (или) медико-транспортными услугами срок страхования по Договору страхования (полису) - количество дней - не истек, документально подтвердить это Сервисной компании, путем предоставления заграничного паспорта с соответствующими отметками службы пограничного контроля о пересечении государственной границы РФ, иных документов;

7.6.4.1.7. незамедлительно обратиться к врачу и неукоснительно соблюдать рекомендации врача с целью уменьшения последствий причиненного вреда здоровью и распорядок, установленный медицинским учреждением;

7.6.4.1.8. при невозможности связаться с Сервисной компанией в момент необходимости обращения за медицинскими и (или) медико-транспортными услугами предпринять это при первой же возможности и предъявить Договор страхования (полис), не оплачивая при этом услуг, предлагаемых или оказанных третьими лицами, без получения официального подтверждения оператора Сервисной компании, зафиксировавшего обращение Застрахованного в базе данных Сервисной компании;

7.6.4.1.9. обосновать в письменной форме причину невыполнения требований п. 7.6.4. настоящих Правил, в том числе не обращения в Сервисную компанию, если Застрахованный не обращался в Сервисную компанию;

7.6.4.2. Если Договором страхования (полисом) **не предусмотрено обязательное обращение в Сервисную компанию**, Застрахованный имеет право на получение медицинских услуг одним из следующих способов:

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

7.6.4.2.2. в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента (даты) возвращения из поездки, в которой произошло событие, имеющее признаки страхового случая, представить Страховщику оригиналы документов, в том числе документы, подтверждающие факт наступления страхового случая, факт и размер понесенных расходов:

а) по медицинским и (или) медико-транспортным услугам:

- медицинская выписка Застрахованного из медицинского учреждения с указанием: фамилии, имени Застрахованного, даты рождения, истории заболевания, жалоб, диагноза при поступлении, перечня и результатов проведенных инструментальных и лабораторных обследований, медицинских манипуляций и лечения, динамики состояния, продолжительности лечения, рекомендациями (при стоматологической помощи указать, какие именно зубы подверглись лечению);
- направление на прохождение лабораторных исследований с указанием дат, наименований и стоимости услуг;
- медицинская справка об отсутствии у Застрахованного алкогольного, наркотического, токсического опьянения или воздействия других одурманивающих веществ на момент страхового случая;

- по требованию Страховщика медицинские документы о состоянии здоровья Застрахованного (медицинская карта амбулаторного и/или стационарного больного, первичная медицинская документация);
- б) для рассмотрения вопроса о возмещении понесенных расходов от Застрахованного принимаются только оплаченные им счета:
 - счета медицинских учреждений за оказанные услуги (на фирменном бланке и с соответствующим штампом) с указанием ФИО Застрахованного, даты обращения за получением медицинских и (или) медико-транспортных услуг, диагноза, продолжительности лечения, перечня проведенных медицинских манипуляций, предоставленных медикаментов и оказанных услуг с разбивкой по датам и стоимости, а также общей суммы к оплате с указанием валюты платежа, с приложением документов, подтверждающих оплату;
 - оригиналы аптечных чеков/счетов об оплате медикаментов, выписанных врачом в связи с установленным диагнозом, с приложением рецептов либо с указанием на них в счете/медицинском рапорте;
 - счета транспортных и иных компаний, услугами которых Застрахованный воспользовался;
 - счета организаций, занимавшихся репатриацией Застрахованного, в том числе и посмертной, или поисково-спасательных служб, с указанием дат, наименований и стоимости услуг;
 - документы, подтверждающие факт оплаты представленных счетов;
 - проездные документы и посадочные талоны (оригиналы);
- в) по расходам, связанным с приездом родственника Застрахованного:
 - проездные документы и посадочные талоны (оригиналы);
 - документы, подтверждающие родство с Застрахованным;
 - свидетельство о рождении, документ об опекунстве при представлении интересов несовершеннолетних/недееспособных лиц;
- г) документы, подтверждающие расходы и оплату телефонных звонков в Сервисный центр с указанием телефонного номера, даты, времени, расходов, заверенные оператором сотовой связи или в отеле;
- д) полицейский протокол и/или иной документ, его заменяющий, с указанием обстоятельств произошедшего события (в случае ДТП, причинения вреда здоровью/смерти третьим лицом, смерти Застрахованного вне медицинского учреждения);
- е) оригинал (или заверенная транспортной компанией (перевозчиком) копия) акта о несчастном случае с Застрахованным на транспорте, составленный транспортной компанией (перевозчиком);
- ж) документы, подтверждающие причину не обращения в Сервисную компанию;

7.6.4.2.3. действовать в строгом соответствии с процедурой, описанной в п. 7.6.4. настоящих Правил;

7.6.4.2.4. при появлении возможности сообщить любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, о случившемся Страховщику;

7.7. При необходимости получения медицинской помощи, 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. 7.6.4. настоящих Правил, независимо от того, является ли обращение в Сервисную компанию обязательным в соответствии с Договором страхования (полисом) или нет.

При нарушении п. 7.6.4. настоящих 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.

7.8. В случае смерти Застрахованного при предъявлении Выгодоприобретателем требования о страховой выплате по Договору страхования (полису) Страховщик вправе требовать от Выгодоприобретателя выполнения им обязанностей по Договору страхования (полису), включая обязанности, возложенные на Страхователя, но не выполненные им. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, возложен на Выгодоприобретателя.

8. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА УЩЕРБА И СУММЫ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

8.1. При заключении Договора страхования (полиса) 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 страхования (полиса) или настоящих Правил. 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 (полисе), при обращении Получателя страховых услуг.

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

8.2.1. обо всех предусмотренных Договором страхования (полисом) и (или) настоящими Правилами 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;

8.2.2. о предусмотренных Договором страхования (полисом) и (или) настоящими Правилами 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 (полисе).

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 запроса от Получателя страховых услуг в письменной форме – в письменной форме посредством направления ответа с использованием почтовой связи на указанный в запросе адрес;
- иным порядке, предусмотренном сторонами в Договоре страхования (полисе).

8.3. Размер страховой выплаты при наступлении страхового случая определяется Страховщиком 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 (полисом), в период его действия, на Территории страхования, указанной в Договоре страхования (полисе), в следующем порядке:

8.3.1. При организации сервисной компанией медицинских и (или) медико-транспортных услуг Застрахованному, медицинское учреждение, врач, транспортная компания и прочие направляют счет с приложением копии Договора страхования (полиса) непосредственно в Сервисную компанию, которая по поручению и за счет Страховщика урегулирует убыток и произведет расчеты.

Если Застрахованный обратился в Сервисную компанию в соответствии с п. 7.6.4.1 настоящих Правил и такое обращение было зафиксировано в базе данных Сервисной компании, при этом Сервисная компания организовала Застрахованному оказание не обходимых медицинских или иных услуг в счет страховой выплаты (страховой суммы), а Застрахованный впоследствии не воспользовался получением указанных услуг, страховая выплата Застрахованному в денежной форме не производится.

Если Застрахованный обратился в Сервисную компанию в соответствии с п. 7.6.4.1 настоящих Правил и такое обращение было зафиксировано в базе данных Сервисной компании, при этом Сервисная компания организовала Застрахованному оказание необходимых медицинских или иных услуг, 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 Сервисной компанией трансфера в медицинское учреждение (услуг скорой помощи) или в страну или регион ПМЖ Застрахованного и т. п., Страховщик вправе предъявить Застрахованному требование в порядке регресса на сумму фактически понесенных Сервисной компанией и оплаченных Страховщиком затрат по оказанию услуги, которой Застрахованный не воспользовался (от которой Застрахованный отказался) по собственной инициативе.

8.3.2. В случае, если Застрахованный самостоятельно оплатил счета, или ему выставлен счет медицинским учреждением или врачом, за оказанные ему медицинские и (или) медико-транспортные услуги, Страховщик, при признании произошедшего события страховым случаем, возместит указанные расходы (или оплатит счет) на основании заявления Застрахованного (иного уполномоченного им лица) в письменной форме по установленному образцу (*Приложение 5 к настоящим Правилам*), направленному Страховщику в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента (даты) возвращения из поездки, в которой произошел страховой случай.

8.3.2.1. К Заявлению прилагаются следующие документы, подтверждающие факт, обстоятельства и причины наступления события, имеющего признаки страхового случая, а также характер и размер вреда, причиненного жизни или здоровью Застрахованного:

- а) описание причины не обращения в Сервисную компанию и с указанием лицевого счета в случае получения страховой выплаты безналичным перечислением;
- б) Договор страхования (полис) и документальное подтверждение оплаты страховой премии;
- в) оригиналы документов, выданных компетентными органами, либо другими уполномоченными организациями, подтверждающие факт, причины и обстоятельства наступления страхового события, указанные в п. 7.6.4.2.2. настоящих Правил; оригиналы медицинских документов и оплаченных счетов с указанием валюты платежа;
- г) документы, свидетельствующие о праве на получение страховой выплаты:

документ, удостоверяющий личность получателя страховой выплаты (Застрахованного, Выгодоприобретателя, наследников Застрахованного, представителя Выгодоприобретателя / наследников Застрахованного);

- документ, удостоверяющий личность Застрахованного;
- если выплату получает представитель Выгодоприобретателя (наследников Застрахованного/Выгодоприобретателя) – нотариально удостоверенная доверенность, Копия Свидетельства об опеке или попечительстве, заверенная выдавшим органом, или иной предусмотренный действующим законодательством документ, подтверждающий полномочия представителя;
- оригинал свидетельства (нотариально заверенная копия) о праве на наследство (в случае получения выплаты наследником Застрахованного);
- оригинал распоряжения Застрахованного о том, кого он назначил получателем страховой выплаты в случае своей смерти.

8.3.2.2. Расходы на первичный звонок в Сервисную компанию по номеру телефона, указанному в Договоре страхования (полисе), возмещаются Застрахованному в пределах лимита возмещения, установленного в п. 4.5.5. настоящих Правил при предъявлении оригиналов, подтверждающих документов на бланке соответствующей организации с печатью и подписью ответственного лица (выписка, с приложением детализированного счета за оказанные услуги связи, заверенная (подтвержденная) оператором сотовой связи либо счет об оплате услуг связи из отеля). При этом счет за звонок в Сервисную компанию должен содержать следующие данные: дата звонка, телефонный номер, продолжительность переговоров, оплаченная Застрахованным сумма расходов.

8.3.2.3. При этом Страховщик не осуществляет никаких мероприятий получению документов, указанных в п. 7.6.4.2.2. настоящих Правил.

При необходимости Страховщик вправе запрашивать сведения, связанные с наступившим событием, у Сервисной компании, у организаций, оказывающих медико-транспортные, транспортные услуги и осуществляющих поисково-спасательные работы, а также самостоятельно выяснять причины и обстоятельства наступления события.

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.

Страховщик вправе освободить Страхователя (Выгодоприобретателя) от обязанности предоставить часть документов, из указанных в п.п. 7.6.4.2.2. и 8.3.2. настоящих Правил.

8.3.2.4. Для возмещения расходов, произведенных Застрахованным, Страховщик принимает только оплаченные им счета.

8.3.2.5. Все документы должны быть предоставлены на русском языке или с нотариально заверенным переводом на русский язык. Документы предоставляются в печатном виде или разборчиво написанные от руки. Копии документов, передаваемых Страховщику, должны быть заверены нотариально, либо органом (учреждением), выдавшим оригинал документа.

Страховщик также вправе потребовать предоставления документов, подтверждающих выдачу сертификата электронной подписи (за исключением простой электронной подписи, сгенерированной на сайте Страховщика). По решению Страховщика страховая выплата может быть произведена на основании электронных (сканированных) копий документов по убытку, в том числе электронной копии Заявления о страховой выплате. По соглашению Сторон либо в случае заключения Договора страхования (полиса) в виде электронного документа заявление может быть подано через официальный сайт Страховщика и заверено простой электронной подписью Страхователя – физического лица либо усиленной квалифицированной электронной подписью Страхователя – юридического лица.

По требованию Страховщика Застрахованный (Выгодоприобретатель) обязан предоставить заграничный паспорт с отметками пограничного контроля о пересечении государственной границы РФ и/или билеты, счета из гостиниц и аналогичные документы, подтверждающие факт нахождения Застрахованного на Территории страхования и сроки пребывания в ее пределах.

8.4. Размер страховой выплаты устанавливается с учетом франшизы, если она установлена в Договоре страхования (полисе).

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

9. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

9.1. Принятие решения о признании случая страховым и осуществлении страховой выплаты или решения об отказе в страховой выплате в случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты (далее – Решение об отказе) Страховщик осуществляет в течение 30 (тридцати) рабочих дней после получения заявления Страхователя (Выгодоприобретателя) и всех документов в соответствии с п. 8.3 настоящих Правил.

9.3. Срок принятия решения о признании события страховым и осуществлении страховой выплаты или решения об отказе в страховой выплате исчисляется со дня, следующего за днем получения Страховщиком Заявления о страховой выплате и всех предусмотренных настоящими Правилами или Договором страхования (полисом) документов (последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов, предусмотренных настоящими Правилами и (или) Договором страхования (полисом)), необходимых для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты.

9.4. Если получателем страховой выплаты не является лицо, обратившееся к Страховщику с Заявлением о страховой выплате, такое лицо (или получатель страховой выплаты) обязано предоставить Страховщику документ, удостоверяющий личность получателя выплаты. В этом случае срок принятия решения начинается исчисляться со дня не ранее даты получения Страховщиком данного документа.

9.5. В случае выявления факта предоставления Получателем страховых услуг документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями настоящих Правил и (или) Договора страхования, (полиса) Страховщик обязан:

- принять их, если иное не предусмотрено для отдельного вида страхования законодательством РФ, при этом срок принятия решения не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;
- уведомить об этом подавшее Заявление о страховой выплате лицо с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов.

Срок уведомления физических лиц - получателей страховых услуг о выявлении факта предоставления Получателем страховых услуг документов, недостаточных для принятия страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов не должен превышать 15 (пятнадцать) рабочих дней.

9.6. Страховщик вправе, уведомив Страхователя в письменной форме в срок, не превышающий 15 (пятнадцать) рабочих дней, отсрочить принятие решения о признании (либо о непризнании) факта страхового случая:

9.6.1. До полного выяснения обстоятельств страхового события, если они требуют дополнительных расследований или заключения других (помимо указанных в п.п. 7.5.7., 7.6.4.2.2. и 8.3.2. настоящих Правил) компетентных органов, но не более чем на 5 (пяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком результатов таковых расследований (заключений компетентных органов).

9.6.2. Если у Страховщика имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай до момента (даты), пока не будет подтверждена подлинность этих документов, но не более чем на 30 (тридцати) рабочих дней с момента (даты) предоставления Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным) последнего из документов, предусмотренных п.п. 7.5.7., 7.6.4.2.2. и 8.3.2. настоящих Правил.

9.7. При принятии решения о признании случая страховым и осуществлении страховой выплаты Страховщик в срок, указанный в п. 9.2 настоящих Правил, составляет Страховой акт (*Приложение 6 к настоящим Правилам*), в котором указываются обстоятельства страхового случая, обоснование произведенных расчетов размера причиненных убытков и размер суммы страховой выплаты.

9.8. Страховой акт не составляется, если при рассмотрении Заявления Страхователя установлено, что заявленный убыток наступил не в результате страхового случая (отсутствуют правовые основания для осуществления страховой выплаты). В этом случае Страховщик направляет Страхователю (Выгодоприобретателю) уведомление в письменной форме с указанием причин непризнания наступившего события страховым случаем и принятом решении об отказе в страховой выплате в порядке, предусмотренном п. 10.2 настоящих Правил.

9.9. По запросу Выгодоприобретателя (Застрахованного) в устной или письменной форме, в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий 30 (тридцати) календарных дней с момента (даты) 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. окончательную сумму страховой выплаты;
2. порядок расчета страховой выплаты;
3. исчерпывающий перечень норм права и (или) условий Договора страхования (полиса) и настоящих Правил, обстоятельств и документов, на основании которых произведен расчет.

9.10. Страховая выплата осуществляется в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после составления Страховщиком Страхового акта, если иной срок не установлен Договором страхования (полиса).

9.10.1. Если лицо, обратившееся за страховой выплатой, не предоставило Страховщику банковские реквизиты, а также другие сведения, необходимые для осуществления страховой выплаты безналичным перечислением, 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.

9.11. Страховая выплата производится Застрахованному или его законному представителю.

9.12. В случае смерти Застрахованного, если иное не оговорено в Договоре страхования (полисе), соблюдается следующий приоритет по страховой выплате:

9.12.1 в первую очередь - Выгодоприобретателю, указанному в Договоре страхования (полисе);

9.12.2. при отсутствии получателя по п. 9.12.1 настоящих Правил - лицу, указанному в завещании Застрахованного, по предъявлении им завещания;

9.12.3. при отсутствии получателя по п. 9.12.2 настоящих Правил - лицу, признанному наследником по гражданскому законодательству, по предъявлении им свидетельства о праве на наследство.

9.13. Если после смерти Застрахованного последовала смерть Выгодоприобретателя, который не получил причитающуюся ему страховую выплату, то страховая выплата производится наследнику(ам) Застрахованного, которые должны представить Страховщику свидетельство о праве на наследство.

9.14. По запросу Выгодоприобретателя (Застрахованного) в письменной форме Страховщик в срок, не превышающий 30 (тридцати) календарных дней, обязан предоставить ему в письменной форме 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 Выгодоприобретателя (Застрахованного), 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 РФ.

9.15. Если иное прямо не предусмотрено Договором страхования (полисом), датой осуществления страховой выплаты является:

- в случае, если страховая выплата осуществляется денежными средствами безналичным перечислением на расчетный счет получателя страховой выплаты – дата списания денежных средств с расчетного счета Страховщика;
- в случае, если страховая выплата осуществляется наличными денежными средствами – дата получения денежных средств получателем страховой выплаты в кассе в офисе Страховщика.

9.16. Страхователь обязан возратить Страховщику полученную сумму страховой выплаты (или соответствующую ее часть), если в пределах сроков исковой давности, предусмотренных законодательством РФ, обнаружится такое обстоятельство, которое по закону или в соответствии с настоящими Правилами полностью или частично лишает Страхователя права на получение страховой выплаты.

10. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

10.1. 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 (полиса) 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 (полисом), 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 (полисом).

10.2. 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 (Застрахованного) в письменной форме об основаниях принятия такого решения со

ссылками на нормы права и (или) условия Договора страхования (полиса) и настоящих Правил, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству РФ.

10.3. Страховщик по запросу Выгодоприобретателя (Застрахованного), направленному в письменной форме, в срок, не превышающий 30 (тридцати) календарных дней с даты его получения Страховщиком, предоставляет Выгодоприобретателю (Застрахованному) 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.

11. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ ОБРАЩЕНИЙ И РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

11.1 Споры, разногласия и неурегулированные взаимоотношения, возникающие в процессе исполнения обязательств Сторонами по Договору страхования (полису), заключенного на основании настоящих Правил, разрешаются путем переговоров, а при не достижении согласия – в соответствии с действующим законодательством РФ.

11.2. При невозможности устранения разногласий путем переговоров, споры разрешаются в судебном порядке в соответствии с правилами о подсудности, установленными действующим законодательством РФ. В этих случаях сторона, право которой нарушено, до обращения в суд обязана предъявить другой стороне претензию с изложением своих требований.

11.3. Претензия должна быть подписана надлежащим уполномоченным лицом и содержать требования заявителя, расчет суммы претензии, перечень прилагаемых к претензии документов, а также адрес заявителя для направления ответа на претензию.

11.4. В случае поступления обращения (претензии, жалобы) от Получателя страховых услуг Страховщик рассматривает такое обращение в порядке, установленном законом и (или) определенном в Договоре страхования (полисе).

11.5. Требования, вытекающие из Договора страхования (полиса), могут быть предъявлены в течение срока исковой давности, установленного действующим законодательством РФ.

БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ

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

ООО "СК "ТИТ" при осуществлении страхования в зависимости от факторов страхового риска по каждому Застрахованному, 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 (регионе) пребывания, вправе применять повышающие (до 5,0) и понижающие (до 0,1) коэффициенты по отношению к приведенным выше базовым тарифам, определяемые Страховщиком экспертным путем в зависимости от срока страхования, возраста и состояния здоровья Застрахованного, количества Застрахованных, Территории страхования, франшизы, установленной по Договору страхования (полису).

При исключении из Договора страхования (полиса) рисков Медицинские услуги и Медико-транспортные услуги, включая репатриацию, не связанных с занятием дайвингом, к страховому тарифу по указанным рискам применяется понижающий коэффициент 0,7.