

**ЗАКРЫТОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «ДИАМАНТ»
(ЗАО СК «ДИАМАНТ»)**

Правила страхования ЗАО СК «Диамант»
считать Правилами страхования
правопреемник ООО СК «Диамант»
в соответствии с Прик ЗОМ
№2 от 30.06.2014г.

УТВЕРЖДЕНО

Генеральный директор

_____ О.А. Серкина



от «30» сентября 2013 г.

П Р А В И Л А

страхования граждан, выезжающих за границу

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации, Гражданским кодексом РФ, Законом РФ “Об организации страхового дела в Российской Федерации”, иными нормативными правовыми актами в области страхования настоящие Правила регулируют отношения, возникающие между Страховщиком и Страхователем по поводу добровольного страхования расходов (убытков) физического лица, которые он может понести в период временного пребывания за пределами государственной границы Российской Федерации.

1.2. В целях настоящих Правил используются следующие понятия:

территория страхования – страна или иная конкретно обозначенная территория, указанная в договоре (полисе) страхования;

несчастный случай – внезапное, кратковременное, непредвиденное внешнее воздействие на организм Застрахованного, повлекшее за собой расстройство его здоровья или смерть;

внезапное заболевание – внезапное, неожиданное расстройство здоровья Застрахованного, начавшееся в период страхования и требующее экстренного медицинского вмешательства;

хроническое заболевание – любая болезнь, недомогание, существовавшие у Застрахованного и известные ему на момент заключения договора страхования, требовавшие лечения до начала периода страхования или по поводу которых получены врачебные рекомендации по их лечению;

расходы на лечение - издержки, засвидетельствованные на имя Застрахованного лица за границей на операции, процедуры, обслуживание в лечебных учреждениях, приобретение лекарств и т.д.;

дополнительные расходы - дополнительные расходы в связи с необходимостью репатриации Застрахованного лица (транспортировкой тела), дорожные расходы на сопровождающего при наличии письменного предписания врача, расходы на содержание и ночлег сопровождающего в период, связанный с госпитализацией больного;

Сервисная компания – организация, круглосуточно обеспечивающая по поручению Страховщика организацию услуг, предусмотренных настоящими Правилами;

медицинское учреждение – организация или специалист, зарегистрированные в порядке, установленном законодательством страны, которые по законодательству этой страны имеют право на оказание медицинских услуг.

1.3. По договору страхования граждан, выезжающих за границу, Страховщик обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в договоре события (страхового случая) выплатить страховое возмещение (оплатить расходы на лечение) непосредственно Застрахованному лицу или, в зависимости от условий договора страхования, Сервисной компании либо медицинскому учреждению в связи с несчастным случаем или внезапным заболеванием Застрахованного лица, в пределах определенной договором страхования страховой суммы.

1.4. **Страховщик** - ЗАО СК «ДИАМАНТ», осуществляет страховую деятельность в соответствии с Лицензией, выданной органом страхового надзора.

1.5. **Страхователи** - дееспособные физические лица, временно выезжающие за пределы государственной границы Российской Федерации, заключившие со Страховщиком договор страхования.

Страхователь - физическое лицо вправе заключать договоры о страховании третьих лиц в пользу последних - Застрахованных.

Страхователь - физическое лицо, заключивший договор о страховании своих имущественных интересов, является Застрахованным.

Страхователи - юридические лица заключают со Страховщиком договоры о страховании третьих лиц в пользу последних - Застрахованных.

1.6. Застрахованным по настоящим Правилам может быть лицо, которое является гражданином Российской Федерации, иностранным гражданином или лицом без гражданства, при его нахождении на территории государства, гражданином которого он не является и где не проживает постоянно.

1.7. Страховщик имеет право отказать в заключении договора страхования следующим лицам:

1.7.1. Возраст которых превышает 75 лет на момент заключения договора страхования.

1.7.2. Инвалидам I – II группы, детям – инвалидам.

1.7.3. Состоящим на учете в наркологических, психоневрологических диспансерах.

1.7.4. Больным онкологическими, хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями, СПИДом.

1.7.5. Беременным женщинам.

1.8. Договор страхования по желанию Страхователя может быть заключен по одной из следующих схем, предлагаемых Страховщиком:

1.8.1. **Схема 1** - Страхователь (Застрахованный), отправляющийся за пределы государственной границы Российской Федерации, приобретает у Страховщика страховой полис и при наступлении страхового случая самостоятельно производит оплату медицинских услуг, предоставленных лечебным учреждением страны пребывания в связи с внезапным заболеванием или несчастным случаем.

По возвращении из зарубежной поездки на основании представленных Застрахованным документов лечебного учреждения страны пребывания об оказанных медицинских услугах Страховщик производит Застрахованному возмещение понесенных им расходов в пределах страховой суммы.

1.8.2. **Схема 2** - Страхователь (Застрахованный) в случае внезапного заболевания или несчастного случая получает медицинские услуги через Сервисную компанию (ее представительства) в соответствии с контрактом (договором) между Страховщиком и этой Сервисной компанией. Понесенные в этом случае Сервисной компанией расходы по оказанию Застрахованному медицинских услуг вследствие внезапного заболевания или несчастного случая возмещаются Страховщиком в пределах страховой суммы в сроки и порядке, предусмотренном условиями контракта (договора) между ними, на основании представленных Сервисной компанией документов по наступившему событию.

1.9. При заключении договора по Схеме 1 Страхователь вправе назначить любое лицо (Выгодоприобретателя) для получения страховой выплаты по договору, а также заменить его по своему усмотрению до наступления страхового случая, письменно уведомив об этом Страховщика.

В случае смерти лица, Застрахованного по договору, в котором не назван иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица, признанные таковыми в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1.10. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном, состоянии их здоровья и имущественном положении.

За нарушение тайны страхования Страховщик в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения несет ответственность в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с несением им расходов (убытков) в период временного пребывания за пределами государственной границы Российской Федерации, в связи с внезапным заболеванием и/или несчастным случаем.

3. ПОНЯТИЕ СТРАХОВОГО РИСКА. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

При страховании в соответствии с настоящими Правилами страховым риском является риск возможных расходов (убытков) Страхователя, которые он может понести в период временного пребывания за пределами государственной границы Российской Федерации, вследствие внезапного заболевания и/или несчастного случая.

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

3.3. В соответствии с настоящими Правилами событие, наступившее в период временного пребывания Застрахованного за пределами государственной границы Российской Федерации, признается страховым случаем, если оно связано с несением Застрахованным следующих расходов (убытков):

3.3.1. Расходов на лечение, вызванных заболеванием и/или несчастным случаем.

3.3.2. Расходы, возникшие вследствие несчастного случая, заболевания или смерти Застрахованного, на репатриацию, и расходы по предоставлению возможности транспортировки к месту постоянного жительства пострадавшего Застрахованного и несовершеннолетних лиц, сопровождавших Застрахованного, и принадлежащего ему имущества.

3.4. Понесенные Застрахованным расходы вследствие внезапного заболевания и/или несчастного случая возмещаются, если они имели место в период действия договора (полиса) страхования и на территории страхования, указанной в нем.

3.5 В случае необходимости продолжения лечения по рекомендации врачей в связи с внезапным заболеванием и/или несчастным случаем в период действия договора страхования, ответственность Страховщика заканчивается не позднее чем через 30 календарных дней от даты, обозначенной в договоре (полисе) как окончание срока страхования.

3.6. В соответствии с настоящими Правилами не подлежат возмещению расходы (убытки) Застрахованного лица, наступившие вследствие:

3.6.1. Совершения Застрахованным противоправных действий, подтвержденных решениями суда, прокуратуры, полиции страны пребывания.

3.6.2. Алкогольного, наркотического или токсического опьянения Застрахованного, подтвержденного документами правоохранительных, судебных органов и/или медицинского учреждения.

3.6.3. Самоубийства или умышленного причинения Застрахованным себе телесных повреждений.

3.6.4. Хронических заболеваний, их последствий, различных травм, душевных расстройств или других заболеваний, которые в последние шесть месяцев до вступления в силу договора страхования, требовали лечения или стоматологической помощи (данное ограничение не применяется, если медицинская помощь была связана со спасением жизни, острой болью или обязательным медицинским вмешательством для предотвращения длительной нетрудоспособности).

3.6.5. Нервных, психических, венерических заболеваний и заболевания СПИДом.

3.6.6. Неполного выздоровления Застрахованного или нахождения его в процессе лечения до отбытия в зарубежную поездку.

3.6.7. Любого протезирования.

3.6.8. Участия Застрахованного в народных волнениях, восстаниях, бунтах, в любых вооруженных формированиях.

3.6.9. Участия Застрахованного в скачках, автогонках, а также занятий профессиональным или любительским спортом.

3.6.10. Выполнения Застрахованным любого вида работ по найму.

3.6.11. Пребывания Застрахованного вне территории страхования.

3.7. Страховщик не возмещает расходы, связанные с оказанием Застрахованному услуг экстренной медицинской помощи, в случаях если:

3.7.1. Поездка Застрахованного предпринята с намерением получить лечение (пройти обследование) в зарубежных медицинских центрах.

3.7.2. Страховой случай произошел в результате прямого или косвенного воздействия радиоактивного облучения.

3.7.3. Имела место транспортировка из одного лечебного учреждения в другое без предварительного согласования с Сервисной компанией или без ее участия.

3.7.4. Расходы, связанные со страховым случаем, имели место до даты начала действия договора (полиса) страхования или после даты истечения срока его действия, и (или) после возвращения в страну постоянного проживания.

3.7.5. Расходы связаны с курсом лечения, начатым до и продолжающимся во время действия договора (полиса) страхования, а также если поездка была предпринята несмотря на существование медицинских противопоказаний квалифицированного врача.

3.7.6. Если была организована эвакуация Застрахованного в случае незначительных болезней или травм, которые поддаются местному лечению и не препятствуют продолжению поездки Застрахованного.

3.7.7. Расходы связаны с восстановительной, лечебной или физиотерапевтической процедурами, с косметической или пластической хирургией (если операция не была обусловлена травмой, полученной в результате несчастного случая в период срока страхования).

3.7.8. Расходы связаны с проведением профилактических вакцинаций, дезинфекций, врачебной экспертизы.

3.7.9. Расходы связаны с пребыванием в санаториях и домах отдыха.

3.7.10. Расходы связаны с интенсивным или специальным питанием больного, если это не было предписано врачом.

3.7.11. Расходы связаны с закупкой или ремонтом средств медицинской помощи (очки, слуховые аппараты или иного медицинского оборудования).

3.8. Страховщик не производит возмещение вреда, связанного с невозможностью участия Застрахованного в экскурсиях либо ином организованном отдыхе вследствие внезапного заболевания или несчастного случая.

Не возмещаются также расходы на лечение Застрахованного сверх определенной в договоре (полисе) страхования страховой суммы. Пределом ответственности Страховщика по договору страхования является страховая сумма, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховой суммой является определенная договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик несет ответственность за выполнение своих обязательств по Договору, исходя из которой устанавливаются размеры страховой премии и страховой выплаты при наступлении страхового случая.

4.2. Страховая сумма по договору страхования определяется соглашением Страхователя и Страховщика по каждой категории расходов (убытков), включаемых в договор страхования, исходя из предполагаемого размера расходов (убытков) Застрахованного на медицинские услуги в период зарубежной поездки.

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. ПОРЯДОК ПРИМЕНЕНИЯ ПОВЫШАЮЩИХ И ПОНИЖАЮЩИХ КОЭФФИЦИЕНТОВ

5.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, предусмотренные в страховом полисе.

Страховая премия уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации.

5.2. При заключении конкретного договора страхования Страховщик применяет рассчитанные им по каждому страховому риску базовые страховые тарифы (Приложение 1 к настоящим Правилам), определяющие страховую премию, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

Определение размера тарифной ставки, учитывающей продолжительность поездки Застрахованного лица, осуществляется в следующем порядке: первоначально определяется тарифная ставка на один день поездки (базовая тарифная ставка для средней продолжительности поездки делится на среднюю продолжительность поездки, принятую в методике расчета); полученная тарифная ставка умножается на количество дней поездки Застрахованного лица, предусмотренных сторонами в договоре страхования.

Основываясь на базовых тарифных ставках, Страховщик, в каждом конкретном случае при заключении договора страхования, для определения реальной тарифной ставки, учитывающей степень страхового риска и особенность имущественных интересов конкретного лица, связанных с возможными расходами (убытками) в период пребывания за границей, вправе применять к базовым тарифным ставкам повышающие и понижающие коэффициенты в установленных диапазонах применения, указанные в Приложении 1 к настоящим Правилам.

Наличие минимальных и максимальных значений повышающих / понижающих коэффициентов в установленных диапазонах применения позволяет Страховщику более полно определить риск возникновения у Страхователя расходов (убытков), возможные факторы риска (существенные обстоятельства, создающие или увеличивающие вероятность наступления страхового случая) и определять наиболее реальную тарифную ставку по конкретному договору страхования, что является одним из условий обеспечения финансовой устойчивости Страховщика.

В связи с отсутствием какой-либо утвержденной методики (рекомендаций) экономического (статистического) обоснования повышающих и понижающих коэффициентов, применяемых при определении конкретного страхового тарифа по конкретному договору добровольного страхования, их минимальные и максимальные значения, диапазоны применения, а также основные факторы риска, указанные в Приложении 1 к настоящим Правилам, определены с учетом многолетней практики применения системы повышающих (понижающих) коэффициентов российскими страховыми организациями.

5.3. Основанием для применения Страховщиком повышающих или понижающих коэффициентов (Приложение 1 к настоящим Правилам) являются результаты проведенной им оценки страхового риска, осуществляемой на основании: информации и документов, представленных Страхователем с заявлением на страхование, как из числа указанных в настоящих Правилах, так и дополнительно запрошенных Страховщиком; информации, самостоятельно полученной Страховщиком; которые позволяют Страховщику в совокупности выявить факторы риска и обстоятельства, повышающие или понижающие вероятность наступления страхового случая по каждому из страховых рисков, включаемых в договор страхования, учесть особенности поездки Страхователя и места его пребывания, продолжительность поездки.

При наличии факторов риска увеличивающих вероятность наступления страхового события по конкретному страховому риску (рискам) Страховщик применяет к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты (конкретное значение определяется исходя из вида, количества и значимости факторов риска по своему воздействию на наступление страхового случая), а при отсутствии факторов риска или их незначительном влиянии на наступление страхового случая, Страховщик применяет к базовой тарифной ставке понижающие коэффициенты.

Обоснование необходимости применения к базовой тарифной ставке повышающих или понижающих коэффициентов, их конкретный размер в установленных настоящими Правилами диапазонах применения, перечисление факторов риска, увеличивающих вероятность наступления страхового случая, и обстоятельств, понижающих вероятность наступления страхового случая, производится Страховщиком в конкретном договоре страхования с учетом оценки страхового риска.

При этом Страховщик руководствуется правом, предоставленным ему Гражданским кодексом РФ и Законом РФ “Об организации страхового дела в Российской Федерации” на оценку страхового риска.

5.4. При заключении договора страхования в соответствии с настоящими Правилами Страховщик осуществляет комплекс последовательных действий, направленных на определение степени страхового риска, а именно: анализируется информация и изучаются документы, представленные Страхователем вместе с заявлением на страхование, как из числа указанных в настоящих Правилах, так и дополнительно запрошенных Страховщиком, характеризующих состояние здоровья страхуемого лица, цель и продолжительность поездки, место пребывания; привлекает экспертов для оценки состояния страхуемого лица и вероятности наступления страхового события по каждому из страховых рисков, включаемых в договор страхования; самостоятельно получает дополнительную информацию, статистические данные в организациях, располагающих такой информацией. На основе полученных результатов Страховщик делает вывод о степени страхового риска (вероятности наступления страхового события), принимает решение о страховании/ отказе в страховании, применении к базовой тарифной ставке повышающих или понижающих коэффициентов.

5.5. При заключении коллективного договора страхования размер страхового тарифа и страховой премии определяется для каждого застрахованного лица по каждому страховому риску в соответствии с пп.5.1 – 5.4 настоящих Правил. Страховая премия по коллективному договору страхования определяется путем суммирования страховых премий по каждому из рисков для каждого застрахованного по договору лица.

5.6. Конкретный размер страхового тарифа по каждому из страховых рисков определяется договором страхования по соглашению сторон.

5.7. При заключении договора страхования на условии включения в него всех рисков из числа, предусмотренных настоящими Правилами, страховая премия рассчитывается с использованием тарифной ставки, получаемой как сумма тарифных ставок по каждому из рисков, включаемых в договор страхования.

5.8. Страховая премия по договору страхования уплачивается Страхователем единовременно при заключении договора страхования наличными деньгами или безналичным порядком.

Страхователь обязан в течение 3-х рабочих дней (если в договоре не оговорено иное) после подписания договора страхования уплатить Страховщику страховую премию.

Моментом уплаты страховой премии считается:

при безналичной оплате - день поступления денежных средств на счет Страховщика;

при наличной оплате - день уплаты премии наличными деньгами в кассу Страховщика.

5.9. В случае неуплаты Страхователем в установленный договором страхования срок страховой премии договор страхования считается не вступившим в силу.

6. СРОК СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается по соглашению сторон на период конкретных поездок, путешествий, экскурсий и т.п.

6.2. Для заключения договора страхования Страхователь в письменной или иной форме заявляет Страховщику о своем намерении заключить договор страхования (Приложение 4 к настоящим Правилам) и представляет ему загранпаспорт.

Страховщик вправе запросить у Страхователя дополнительные документы, характеризующие степень риска, перечень которых определяется соглашением сторон.

При заключении договора страхования Страховщик вправе провести обследование страхуемого лица для оценки фактического состояния его здоровья.

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

- об имущественном интересе, являющимся объектом страхования;
- о Застрахованном лице (если Страхователь иное лицо);
- о характере события, на случай наступления которого в жизни Страхователя (Застрахованного лица) осуществляется страхование (страхового случая);
- о размере страховой суммы;
- о сроке действия договора.

6.4. Индивидуальный договор страхования заключается в письменной форме и оформляется на бланке страхового полиса установленного образца, подписанного Страховщиком (Приложение 2 к настоящим Правилам).

6.5. Коллективный договор страхования заключается путем составления договора страхования, подписанного сторонами, и вручения Страхователю страховых полисов на каждого Застрахованного (Приложения 2,3 к настоящим Правилам).

6.6. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. При этом существенными признаются во всяком случае обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в стандартной форме договора страхования (страхового полиса) или в его письменном запросе.

Если договор страхования заключен при отсутствии ответов страхователя на какие-либо вопросы страховщика, страховщик не может впоследствии требовать расторжения договора либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены страхователем.

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

6.8. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу в момент уплаты страховой премии.

Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на страховые случаи, происшедшие после вступления договора страхования в силу, если в договоре не предусмотрен иной срок начала действия страхования.

6.9. При переоформлении договора (полиса) страхования по заявлению Страхователя в связи с переносом сроков выезда за границу или утратой страхового полиса в течение 5-ти рабочих дней с момента обращения оформляется новый страховой полис либо его дубликат с оплатой Страхователем понесенных Страховщиком расходов на ведение дела.

6.10. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя (Застрахованного), если в договоре (страховом полисе) прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором (страховым полисом), или на его оборотной стороне, либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении договора Правил страхования должно быть удостоверено записью в договоре.

6.11. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования и о дополнении Правил.

6.12. Договор страхования исполняется сторонами в соответствии с законами Российской Федерации, иными нормативными правовыми актами и настоящими Правилами страхования.

6.13. Вопросы, не урегулированные настоящими Правилами, определяются в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

7. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования прекращается в случаях:

7.1.1. Истечения срока его действия (в 24 часа 00 минут дня, определенного договором в качестве даты окончания срока его действия; в случае необходимости продолжения лечения в связи со страховым случаем, произошедшим в период действия договора страхования, ответственность Страховщика заканчивается не позднее чем через 30 календарных дней от даты, обозначенной в полисе как окончание срока страхования).

7.1.2. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору в полном объеме (в момент выплаты страхового возмещения в связи с наступлением страхового случая: при перечислении безналичным расчетом – принятие банком платежного поручения к исполнению; при выплате через кассу Страховщика – получение денежных средств Выгодоприобретателем).

7.2. Договор страхования прекращается досрочно в случаях:

7.2.1. Ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом (с момента регистрации решения учредителей Страхователя в соответствующем органе исполнительной власти; со дня смерти Страхователя).

7.2.2. Расторжения договора страхования по соглашению сторон в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации (со дня, указанного сторонами в соглашении или заявлении о расторжении договора).

7.3. Договор страхования может быть прекращен 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.

При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, иным, чем страховой случай, Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

Возврат части уплаченной Страхователем премии осуществляется на основании его заявления о досрочном прекращении договора страхования (Приложение 8 к настоящим Правилам) в течение десяти рабочих дней с момента прекращения договора страхования путем перечисления денежных средств на расчетный счет Страхователя или выплаты через кассу Страховщика.

7.4. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, иным, чем страховой случай. Досрочное расторжение договора осуществляется на основании устного или письменного (в произвольной форме) заявления Страхователя на имя Страховщика.

В этом случае, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором не предусмотрено иное (конкретный размер части страховой премии, подлежащей в данном случае возврату Страхователю, определяется Страховщиком в каждом конкретном случае с учетом срока действия договора, наличия или отсутствия в этот период выплат, расходов на ведение дела Страховщика).

7.5. Изменение и расторжение сторонами договора страхования осуществляется в письменном виде в соответствии с положениями, предусмотренными Гражданским кодексом Российской Федерации и настоящими Правилами.

7.6. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским кодексом Российской Федерации, а также если он ставит Страхователя (Застрахованного) в худшее положение по сравнению с тем, которое предусмотрено законодательством Российской Федерации или договор заключен после наступления страхового случая.

Признание договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации.

7.7. В случае отзыва лицензии Страховщик, в течение месяца со дня вступления в силу данного решения органа страхового надзора, уведомляет Страхователя об отзыве лицензии, о досрочном прекращении договора страхования и/или о передаче обязательств, принятых по договору страхования (страхового портфеля), с указанием страховщика, которому данный портфель может быть передан.

Обязательства по договору страхования, по которому отношения сторон не урегулированы, по истечении трех месяцев со дня вступления в силу решения органа страхового надзора об отзыве лицензии подлежат передаче другому страховщику в порядке, установленном Законом РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации".

8. ИЗМЕНЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА

8.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) обязан незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска (изменения в сведениях, указанных в Заявлении на страхование, первичное диагностирование хронического заболевания, получение травмы тяжелой и средней тяжести).

8.2. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска Страховщик вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

8.3. При неисполнении Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) обязанностей по сообщению Страховщику об увеличении страхового риска, последний вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков.

Страховщик не вправе требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. *Страховщик имеет право:*

9.1.1. Проверять сообщаемую Страхователем (Застрахованным) информацию и выполнение Страхователем (Застрахованным) требований договора страхования.

9.1.2. При необходимости провести обследование страхуемого лица для оценки фактического состояния его здоровья.

9.1.3. При необходимости запрашивать сведения у компетентных органов и медицинских учреждений, располагающих информацией об обстоятельствах наступившего события, а также самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события.

9.1.4. Отказать в страховой выплате или уменьшить ее размер в случае невыполнения Страхователем (Застрахованным) требований договора страхования о представлении документов и

информации по наступившему событию или в случае необоснованного отказа от выполнения предписания Сервисной компании.

9.1.5. При форс-мажорных обстоятельствах отказаться от выполнения обязательств по договору страхования или изменить срок их выполнения (то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств – природные стихийные явления, военные действия, массовые заболевания и т.п.).

9.2. Страховщик обязан:

9.2.1. Ознакомить Страхователя с Правилами страхования и вручить ему один экземпляр.

9.2.2. После получения страховой премии в течение 3-х рабочих дней выдать Страхователю страховые полисы (с изложением в приложении к полису текста Правил страхования) на каждого Застрахованного для вручения Застрахованным.

9.2.3. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным).

9.2.4. Соблюдать условия настоящих Правил и договора страхования.

9.3. После получения сообщения о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страховщик обязан:

9.3.1. Обеспечить силами Сервисной компании/медицинского учреждения предоставление и оплату медицинских услуг.

9.3.2. Выяснить обстоятельства наступления события.

9.3.3. После получения всех необходимых документов, при признании наступившего события страховым случаем, в течение 5-ти рабочих дней составить страховой акт, в котором произвести расчет суммы страховой выплаты.

9.3.4. Произвести страховую выплату (или сообщить об отказе в выплате при наличии оснований) в установленный настоящими Правилами и договором страхования срок.

9.4. Страхователь (Застрахованный) имеет право:

9.4.1. По согласованию со Страховщиком изменить условия договора страхования в части увеличения размера страховой суммы или срока страхования.

9.4.2. В течение 5-ти рабочих дней с момента обращения получить дубликат полиса в случае его утраты.

9.4.3. Расторгнуть договор страхования до начала зарубежной поездки.

9.4.4. На получение компенсации медицинских расходов, произведенных непосредственно самим Застрахованным (при заключении договора по Схеме 1).

9.4.5. На получение от Страховщика информации, касающейся его финансовой устойчивости, не являющейся коммерческой тайной.

9.5. Страхователь (Застрахованный) обязан:

9.5.1. При заключении договора страхования сообщить Страховщику достоверные сведения о принимаемом на страхование лице, а также обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки страхового риска.

9.5.2. Уплатить страховую премию в размерах и сроки, определенные договором (полисом) страхования.

9.5.3. Обеспечить своевременное вручение Застрахованным лицам страховых полисов.

9.5.4. Соблюдать порядок пользования страховым полисом и обеспечить его сохранность.

9.5.5. Соблюдать условия настоящих Правил и договора (полиса) страхования.

9.6. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь (Застрахованный) обязан:

9.6.1. В срок не позднее 3-х календарных дней с момента, когда у него появилась возможность сообщить о случившемся, известить Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения.

При невыполнении данного требования Страховщик имеет право отказать в выплате по страховому случаю, 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.

9.6.2. Незамедлительно, но в любом случае не позднее 24 часов с момента наступления страхового случая, обратиться в Сервисную компанию или медицинские учреждения, оговоренные при заключении договора страхования, по поводу получения экстренной медицинской помощи.

9.6.3. В случае переезда (транспортировки) из одного лечебного учреждения в другое лично или с помощью лечебного учреждения поставить об этом в известность Сервисную компанию, указанную в страховом полисе.

9.6.4. Строго выполнять предписания Сервисной компании по поводу получения Застрахованным лицом медицинской помощи.

Необоснованный отказ от выполнения предписаний Сервисной компании влечет за собой утрату прав на получение помощи по конкретному страховому случаю и возмещение расходов, предусмотренных страховым полисом.

9.6.5. Приложить все усилия для ограничения последствий возникновения события.

9.6.6. Документально обеспечить все доказательства наступившего события, а также расходов на лечение, приобретение лекарств, перевязочных средств и других затрат.

9.6.7. При страховании по Схеме 1 при наступлении страхового случая для получения компенсации расходов представить Страховщику письменное заявление и документы, подтверждающие факт страхового случая (с указанием диагноза) и размеры понесенных расходов на лечение, покупку лекарств, перевязочных средств и других затрат, зафиксированных на имя Застрахованного лица:

- оригинал справки-счета из медицинского учреждения с указанием фамилии пациента, диагноза, даты обращения за медицинской помощью, перечень указанных услуг с разбивкой их по стоимости;
- оригинал счета суточных расходов за пребывание в больнице с указанием дня поступления в больницу и выписки из нее;
- оригиналы рецептов, выписанных лечащим врачом в связи с данным заболеванием, рецептов со штампами аптеки и указанием стоимости каждого приобретенного медикамента;
- оригинал направления лечащего врача на прохождение лабораторных исследований и счет лаборатории с разбивкой по датам, наименованию и стоимости оказанных услуг;
- оригиналы документов, подтверждающих факт оплаты за амбулаторное лечение;
- история болезни или выписка из нее, медицинское заключение.

9.6.8. При необходимости, по требованию Сервисной компании или Страховщика, за их счет пройти обследование у врача или клиническое обследование.

9.6.9. В случае получения возмещения вреда от лица, виновного в его причинении, вернуть Страховщику полученное страховое возмещение в течение 30 календарных дней со дня получения требования Страховщика.

10. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА РАСХОДОВ (УБЫТКОВ) И СУММЫ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

10.1. После получения от Страхователя предварительного сообщения и письменного заявления о наступлении события, имеющего признаки страхового случая (Приложение 5 к настоящим Правилам), Страховщик осуществляет следующие действия:

10.1.1. Устанавливает факт страхового случая: проверяет соответствие приведенных в заявлении Страхователя сведений (время, место, обстоятельства события и т.д.) условиям договора страхования и настоящим Правилам; определяет факт и причины возникновения события, вследствие которого Застрахованным были понесены расходы; проверяет, было ли происшедшее событие и наступившие убытки включены в договор страхования; определяет необходимость привлечения экспертов, осуществляет иные действия, направленные на установление факта страхового случая.

10.1.2. При признании происшедшего события страховым случаем устанавливает размер понесенных Застрахованным расходов (убытков), осуществляет расчет суммы страхового возмещения и определяет ее получателей, составляет акт о страховом случае (страховой акт), производит страховую выплату (отказывает в выплате при наличии оснований) в сроки, предусмотренные настоящими Правилами.

10.2. В соответствии с настоящими Правилами при несчастном случае или внезапном заболевании Застрахованного во время его пребывания за рубежом, угрожающих его жизни или здоровью и требующих неотложной медицинской помощи, оплачивается сумма понесенных Застрахованным (Сервисной компанией, медицинским учреждением) неизбежных и целесообразных расходов на оказание медицинских услуг в период его нахождения за рубежом, а также на репатриацию пострадавшего Застрахованного (его тела - в случае смерти) и расходов по предоставлению возможности транспортировки к месту постоянного жительства пострадавшего Застрахованного несовершеннолетних лиц, сопровождавших Застрахованного и принадлежащего ему имущества.

10.3. Расходами на лечение являются издержки, засвидетельствованные на имя Застрахованного в период пребывания его за рубежом: расходы по первичному осмотру, диагностике, покупке лекарств, лечению и пребыванию в поликлинике и/или в медицинском стационаре.

10.4. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страховщик определяет размер понесенных Застрахованным расходов в следующем порядке:

10.4.1. При заключении договора страхования по Схеме 1 - на основании заявления Застрахованного, документов, представленных им и свидетельствующих о произведенных расходах по первичному осмотру, диагностике, покупке лекарств, лечению и обследованию в поликлинике и/или в медицинском учреждении страны пребывания в связи с внезапным заболеванием или несчастным случаем, указанных в п. 9.6.7 настоящих Правил, а также иных документов, определяемых по соглашению сторон или полученных по запросу Страховщика из лечебных учреждений, свидетельствующих о причинах обращения к врачу после оказанных услуг и размере расходов Застрахованного.

10.4.2. При заключении договора страхования по Схеме 2 - на основании заявления Застрахованного по поводу имевшего место факта внезапного заболевания и/или несчастного случая и документов, полученных от Сервисной компании или лечебного учреждения, свидетельствующие о причинах обращения в лечебное учреждение, объеме оказанных услуг и их стоимости.

В случае репатриации Застрахованного, находившихся при нем несовершеннолетних лиц и принадлежащего ему имущества, Страховщику представляются все документы, связанные с расходами по репатриации (список лиц, сопровождавших Застрахованного, чеки, счета, проездные документы).

Страховщик вправе запросить у Сервисной компании (лечебного учреждения) иные документы и информацию для уточнения обстоятельств страхового случая и размера расходов, связанных с оказанием Застрахованному медицинских услуг вследствие внезапного заболевания или несчастного случая и/или репатриации.

10.5. Для получения более полной информации о наступившем событии Страховщик вправе запрашивать сведения, связанные с наступившим страховым случаем у других учреждений и организаций, располагающих информацией о наступившем событии, а также самостоятельно выяснять причины и обстоятельства, связанные с обращением Застрахованного за медицинской помощью и несением расходов на эти цели.

При необходимости к работе по определению причин страхового случая и размера понесенных Застрахованным расходов могут быть привлечены независимые эксперты, оплата услуг которых осуществляется требующей стороной.

10.6. После получения всех необходимых документов и сведений о наступившем событии Страховщик проводит анализ на предмет признания события страховым случаем и принимает решение о признании события страховым, страховой выплате или отказе в выплате.

10.7. Если Страховщик признает наступившее событие страховым случаем и при отсутствии судебного спора между сторонами, он, на основании заявления и документов, представленных Застрахованным (Сервисной компанией, медицинским учреждением), а также

самостоятельно полученных им документов и информации, в течение 5-ти рабочих дней с момента получения всех необходимых документов, составляет страховой акт (Приложение 6 к настоящим Правилам), в котором указываются обстоятельства страхового случая, обоснование произведенных расчетов, понесенных Застрахованным расходов, размер суммы страхового возмещения, подлежащей выплате Застрахованному (Сервисной компании, медицинскому учреждению).

Страховой акт не составляется, если при проверке заявления Застрахованного (материалов Сервисной компании, медицинского учреждения) установлено, что заявленные расходы наступили не в результате страхового события. В этом случае стороны, в течение 5-ти рабочих дней с момента получения всех необходимых документов, составляют документ произвольной формы, в котором указываются причины, по которым страховой акт не был составлен, или Страховщик направляет в тот же срок письменное уведомление с указанием причин непризнания наступившего события страховым случаем и принятом решении об отказе в страховой выплате.

10.8. Принятие решения о выплате может быть отсрочено Страховщиком, если по фактам, связанным с наступлением страхового случая, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс - до окончания расследования или судебного разбирательства либо установления обстоятельств, не препятствующих выплате.

10.9. При наличии судебного спора между сторонами размер страховой выплаты определяется в соответствии с решением суда, вступившим в законную силу, в пределах страховой суммы по договору страхования.

11. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

11.1. Страховая выплата - денежная сумма, которую должен выплатить Страховщик Страхователю при наступлении страхового случая.

11.2. При признании наступившего события страховым случаем, страховая выплата производится Страховщиком в соответствии с договором страхования на основании:

11.2.1. Заявления о страховой выплате (Приложение 7 к настоящим Правилам).

11.2.2. Документов, подтверждающих факт наступления события, имеющего признаки страхового случая, и размер причиненных убытков.

11.2.3. Страхового акта.

11.2.4. Решения суда (арбитражного суда), вступившего в законную силу, при разрешении спора в судебном порядке.

11.2.5. Иных документов, связанных со страховым случаем, дополнительно представляемых Страхователем или полученных Страховщиком самостоятельно.

11.3. Страховщик производит страховые выплаты в течение 5-ти рабочих дней после составления страхового акта.

Если страховая выплата не произведена в установленный срок, Страховщик уплачивает Страхователю штраф в размере, установленном сторонами при заключении договора страхования от суммы страховой выплаты за каждый день просрочки.

11.4. Страховая выплата по договорам страхования производится в валюте Российской Федерации.

11.5. Возмещение расходов в связи с оказанием Застрахованному медицинских услуг вследствие внезапного заболевания или несчастного случая производится в следующем порядке:

11.5.1. Застрахованному лицу, если договор страхования был заключен по Схеме 1. Возмещение расходов Застрахованного осуществляется на основании его заявления и предъявленных Страховщику документов, подтверждающих произведенные им расходы в связи с внезапным заболеванием или несчастным случаем (счета лечебного учреждения, кассовые и товарные чеки). При этом все счета должны быть оформлены на имя Застрахованного и содержать

сведения о его заболевании (диагноз), лечении, предписанных лекарствах и общих расходах Застрахованного на эти цели, оплаченных им лечебному учреждению.

11.5.2. Сервисной компании, если договор страхования был заключен по Схеме 2. Выплата производится путем оплаты выставленных сервисной компанией счетов с учетом объема оказанных сервисных услуг и расходов, возникших при оказании Застрахованному медицинской помощи в связи с внезапным заболеванием или несчастным случаем.

11.6. Возмещение расходов на репатриацию Застрахованного при его внезапном заболевании или несчастном случае (доставку тела в случае смерти), включая оплату расходов лиц, осуществлявших сопровождение Застрахованного (его тела), находившихся при нем несовершеннолетних лиц и принадлежащего Застрахованному имущества производится юридическому лицу либо доверенному лицу, представляющему интересы Застрахованного (Выгодоприобретателя, наследников), осуществившим транспортировку Застрахованного (его тела), - на основании представленных Страховщику документов, подтверждающих размер и целесообразность произведенных расходов (счета об оплате всех расходов, связанных с транспортировкой, медицинская карта, иные документы, выданные лечебным учреждением, обосновывающие причины заболевания (наступления смерти), диагноз, необходимость транспортировки). Доставка осуществляется от места, где находится Застрахованный, до ближайшего лечебного учреждения Российской Федерации, расположенного рядом с международным аэропортом, или до места жительства (регистрации) Застрахованного.

11.7. Если после выплаты страхового возмещения обнаружатся обстоятельства, лишаящие Застрахованного права на получение выплаты (или уменьшающие ее размер), то Застрахованный обязан возвратить Страховщику полученную сумму страховой выплаты (или соответствующую ее часть) в течение 30 календарных дней.

11.8. Страховая выплата осуществляется в пределах страховой суммы по договору страхования, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

11.9. Возмещению также подлежат расходы Страхователя (Застрахованного), произведенные им в целях уменьшения убытков, если такие расходы были необходимы или были произведены для выполнения указаний Страховщика, даже если соответствующие меры оказались безуспешными. Такие расходы возмещаются пропорционально отношению страховой суммы к страховой стоимости, независимо от того, что вместе с возмещением других убытков они могут превысить страховую сумму.

11.10. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие:

11.10.1. Умышленных действий Страхователя (Застрахованного), направленных на наступление страхового случая.

11.10.2. Умышленного преступления Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя), находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем.

11.10.3. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

11.10.4. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий.

11.10.5. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

11.11. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа в течение 5-ти рабочих дней с момента принятия Страховщиком данного решения (решение принимается в пределах срока на составление страхового акта) или в иной срок, предусмотренный сторонами в договоре страхования.

Отказ Страховщика произвести страховую выплату может быть обжалован Страхователем в судебном порядке.

12. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Иск по требованиям, вытекающим из договора страхования граждан, выезжающих за границу, может быть предъявлен в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.

12.2. Споры, возникающие при исполнении условий договора страхования, разрешаются сторонами в процессе переговоров. При недостижении соглашения спор передается на рассмотрение суда, арбитражного или третейского суда в соответствии с их компетенцией.