

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«РУССКОЕ СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО «ЕВРОИНС»**



«Утверждаю»:
Генеральный директор

О.Б. Макова

(Приказ № 465 от 22.11.2019 г.)

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ, ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН И ЛИЦ БЕЗ
ГРАЖДАНСТВА**

г. Смоленск

СОДЕРЖАНИЕ:

1. Общие положения. Субъекты страхования.
2. Объект страхования.
3. Страховые случаи и страховые риски.
4. Расходы, покрываемые Страховщиком.
5. Расходы, не покрываемые Страховщиком.
6. Страховая сумма, страховая премия, страховой тариф. Порядок определения, франшиза.
7. Порядок заключения и исполнения договора страхования. Действие договора страхования.
8. Действия сторон при наступлении страхового случая.
Определение размера убытков или ущерба, определение размера страховой выплаты.
9. Случаи отказа в страховой выплате
10. Прекращение действия договора страхования.
11. Права и обязанности сторон.
12. Порядок разрешения споров.

Приложение №1 к Правилам. Программы страхования

Приложение №1.1. к Правилам. Дополнительные условия №1

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. Настоящие Правила добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов, иностранных граждан и лиц без гражданства (далее-ПРАВИЛА), разработаны в соответствии с действующим Российским законодательством и определяют порядок и условия заключения, исполнения и прекращения Обществом с ограниченной ответственностью «РУССКОЕ СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО «ЕВРОИНС» (далее - СТРАХОВЩИК) договоров добровольного медицинского страхования с физическими и юридическими лицами в пользу иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента, а также членов их семей, временно или постоянно проживающих на территории Российской Федерации. В рамках настоящих Правил, определяющих общие условия и порядок осуществления страхования, ООО РСО «ЕВРОИНС» осуществляет следующие виды страхования:

- медицинское страхование;
- страхование финансовых рисков.

1.2. Договором добровольного медицинского страхования (далее «Договор страхования», «договор ДМС») является соглашение между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым последняя обязуется организовать оказание медицинских и иных услуг застрахованному лицу (далее «ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО») и оплатить предусмотренные договором страхования медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу в пределах объема медицинской помощи, установленного программой добровольного медицинского страхования (далее «ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ») при наступлении в жизни Застрахованного лица предусмотренного договором страхования события (страхового случая). Страхователи вправе заключать Договор в отношении третьих лиц (Застрахованных).

Застрахованным по настоящим Правилам может быть только физическое лицо - иностранный гражданин или лицо без гражданства, находящееся на территории Российской Федерации с целью осуществления трудовой деятельности на основании разрешения на работу или патента (далее - трудовой мигрант), а так же иные иностранные граждане или лица без гражданства, постоянно или временно проживающие на территории РФ, или временно прибывающие в Российскую Федерацию на основании визы или в порядке, не требующем получения визы и получившие миграционную карту, а также беженцы и вынужденные переселенцы, в соответствии с Дополнительными условиями №1 (Приложение № 1.1. к настоящим Правилам) в пользу которых заключен Договор ДМС, и имущественные интересы которых являются объектом страхования по Договору ДМС, заключенному между Страхователем и Страховщиком.

1.3. Страхователями могут быть юридические и дееспособные физические лица.

1.4. Добровольное медицинское страхование осуществляется Страховщиком на основе Программ страхования, разработанных в соответствии с Указанием Центрального Банка Российской Федерации, устанавливающим минимальные (стандартные) требования к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности.

1.5. Положение настоящих Правил, действие которых не отменено и не изменено условиями, содержащимися в Договоре страхования, обязательны для Страхователя, Застрахованного лица и Страховщика в соответствии с положениями Гражданского кодекса Российской Федерации.

1.6. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования и о дополнении Правил. При наличии противоречий между положениями Договора и Правил преимущественную силу имеют нормы, содержащиеся в Договоре страхования.

Применяемые в настоящих Правилах наименования и понятия в ряде случаев специально поясняются соответствующими определениями. Если значение какого-либо наименования или понятия не оговорено Правилами и не может быть определено исходя из законодательства или нормативных актов, то такое наименование или понятие используется в своем обычном лексическом значении.

Трудовой мигрант – иностранный гражданин, временно пребывающий на территории Российской Федерации в соответствии с законодательством Российской Федерации, с целью осуществления трудовой деятельности на основании документа (разрешения на работу, патента),

подтверждающего право такого гражданина на временное осуществление трудовой деятельности на территории Российской Федерации.

Программа - перечень дополнительных медицинских и иных услуг (медицинской помощи), составленный Страховщиком, а также порядок их оказания. Программа является неотъемлемой частью Договора и вручается Страхователю одновременно с Договором либо включается в его текст.

Травма - физическое повреждение организма, которое может быть механическим (ушиб, переломы и т. п.), термическим (ожоги, обморожения), химическим, а также баротравмы (под действием резких изменений атмосферного давления), электротравмы.

Медицинская помощь - комплекс медицинских услуг, включающий Первичную медико-санитарную помощь, Специализированную медицинскую помощь, услуги по репатриации останков тела Застрахованного лица, предусмотренный Программой добровольного медицинского страхования.

Медицинская помощь, оказываемая в неотложной форме – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих Медицинской помощи, оказываемой в экстренной форме.

Медицинская помощь, оказываемая в экстренной форме - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, травмах, представляющих угрозу жизни Застрахованного лица, требующих безотлагательного медицинского вмешательства.

Первичная медико-санитарная помощь – мероприятия, проводимые в амбулаторных условиях и/или в условиях дневного стационара по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности (если предусмотрено Программой добровольного медицинского страхования), формированию здорового образа жизни, в том числе снижению факторов риска заболеваний, и санитарно-гигиеническому просвещению.

Специализированная медицинская помощь – медицинская помощь, оказываемая врачами-специалистами, в стационарных условиях, включающая профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (а если указано в Программе добровольного медицинского страхования, то и в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использование специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Экстренная операция – операция, проводимая по жизненным показаниям, немедленно после постановки диагноза.

Дополнительные медицинские и иные услуги, предоставляемые сверх гарантированных Российской Федерацией к бесплатному получению (медицинская помощь) - услуги, включенные в Программу, отличные от услуг, предоставляемых в рамках гарантий Российской Федерации для иностранных граждан и/или лиц без гражданства, в том числе в рамках соответствующих международных соглашений, по объему, уровню квалификации медицинского персонала, комфортности, способу предоставления.

Выжидательный период - промежуток времени, по истечении которого событие, предусмотренное договором страхования, свершившееся после истечения данного промежутка времени, может быть рассмотрено в качестве страхового случая.

Услуги по репатриации – услуги, связанные с транспортировкой останков тела Застрахованного лица до транспортного узла, с которым есть прямое международное сообщение от места пребывания Застрахованного.

1.7. При заключении договора страхования на условиях, содержащихся в настоящих Правилах, эти условия становятся обязательными для исполнения Страхователем, Страховщиком, Застрахованным и Выгодоприобретателем.

1.8. Договор страхования на основании настоящих Правил считается заключенным в том случае, если в договоре страхования прямо указывается на их применение, сами Правила изложены в одном документе с договором или на его оборотной стороне, либо приложены к нему. Вручение Страхователю настоящих Правил при заключении договора страхования удостоверяется записью в договоре страхования. При этом Страхователь соглашается, что заключение договора страхования не исключает и не ограничивает ответственность другой стороны за нарушение обязательств и не содержит явно обременительные для Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) условия, которые, исходя из своих разумно понимаемых интересов, Страхователь мог бы не принять при наличии у него возможности участвовать в определении условий договора страхования.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

Объектом страхования по настоящим правилам являются:

- имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, лекарственной помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их (медицинское страхование).

- имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с риском возникновения непредвиденных расходов, не относящихся к предпринимательской деятельности, связанных со смертью Застрахованного и необходимостью осуществления расходов на транспортировку, репатриацию и/или оказание ритуальных услуг.

3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И СТРАХОВЫЕ РИСКИ

3.1 Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Страховым случаем является свершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика выплатить страховое возмещение.

3.2 Страховым случаем по настоящим Правилам является обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора за получением различных видов платной медицинской и иной помощи, включенных в Программу, в связи с внезапным заболеванием Застрахованного и/или несчастным случаем с Застрахованным, при условии, что указанные события произошли во время пребывания Застрахованного на территории Российской Федерации в период действия договора страхования и повлекли необходимость обращения за медицинскими и иными услугами, включенными в Программу, в том числе транспортными. В случае если это предусмотрено Договором также признается страховым случаем возникновение непредвиденных расходов на посмертную репатриацию тела застрахованного в объеме, предусмотренном Договором и выбранной Программой / Программами.

3.3 Объем медицинской помощи и иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу медицинским и иными учреждениями и оплачиваемыми Страховщиком по Договору, определяется договором страхования и/или выбранной Страхователем Программой / Программами.

3.4 Внезапным заболеванием считается болезнь, возникшая неожиданно в период нахождения Застрахованного на территории Российской Федерации в период действия страхования и требующая неотложного медицинского вмешательства.

3.5 Под несчастным случаем подразумевается внезапное, кратковременное, внешнее событие, имевшее место на территории Российской Федерации в период действия страхования, повлекшее за собой травму, иное расстройство здоровья или смерть Застрахованного.

3.6 Не является страховым случаем обращение по поводу внезапного заболевания, несчастного случая или смерти Застрахованного, возникших в связи с:

3.6.1 алкогольным, наркотическим, токсическим или иным опьянением Застрахованного;

3.6.2 самоубийством (покушением на самоубийство) Застрахованного, если к моменту наступления страхового случая договор действовал менее 2 лет;

3.6.3 воздействием ядерного взрыва, радиации, радиоактивного или иного вида заражения;

3.6.4 стихийными бедствиями и их последствиями, эпидемиями, карантинном, метеоусловиями;

3.6.5 умышленными действиями Застрахованного, направленных на наступление страхового случая;

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

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

3.6.8 полетом Застрахованного на безмоторных летательных аппаратах, моторных планерах, сверхлегких летательных аппаратах;

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

- 3.6.10 службой Застрахованного в любых вооруженных силах и формированиях;
- 3.6.11 занятием Застрахованного профессиональным, любительским или организованным спортом, в том числе: альпинизмом, скалолазанием, рафтингом, верховой ездой, дайвингом, катанием на горных лыжах, на сноуборде, а также прыжками и полетами на парашюте;
- 3.6.12 занятием Застрахованным опасными видами деятельности/участием в осуществлении опасных работ (в том числе в качестве горняка, строителя, электромонтажника и т.д.), если иное не предусмотрено Договором и/или Программой;
- 3.7 Не является также страховым случаем обращение по поводу внезапного заболевания, несчастного случая или смерти Застрахованного, если они связаны с:
- 3.7.1 хроническими заболеваниями, независимо от того знало ли о них Застрахованное лицо и/или осуществлялось ли по ним лечение или нет, если иное не предусмотрено Договором страхования и/или Программой;
- 3.7.2 заболеваниями, имевшимися до начала срока страхования, а также состояниями и/или осложнениями, возникшими вследствие имевшегося ранее заболевания, независимо от того знало ли о них Застрахованное лицо и/или осуществлялось ли по ним лечение или нет (в том числе связанные с образованием конкрементов, язв и пр.);
- 3.7.3 со злокачественными и доброкачественными новообразованиями вне зависимости от того, знало ли Застрахованное лицо о данном заболевании до поездки или нет;
- 3.7.4 психическими заболеваниями и состояниями, судорожными состояниями, эпилепсией (первичной и симптоматической), неврозами (панические атаки, депрессии, истерические синдромы и т. п.);
- 3.7.5 венерическими заболеваниями, заболеваниями, передаваемыми половым путем, наличием у Застрахованного ВИЧ-инфекции, СПИДа и любых форм гепатита и их последствиями (осложнениями);
- 3.7.6 с ведением беременности и/или ее прерыванием вне зависимости от срока;
- 3.7.7 с патологическим протеканием беременности, осложнениями при беременности и/или ее прерыванием вне зависимости от срока, если иное не предусмотрено Договором и/или Программой;
- 3.7.8 с передозировкой и/или неправильным применением лекарственных средств, а также с индивидуальной непереносимостью организма принятых препаратов и/или их отдельных компонентов;
- 3.7.9 с необходимостью получения стоматологического лечения, если иное не предусмотрено программой.
- 3.8. По дополнительному соглашению Сторон, оговоренному в Договоре, страховыми случаями по настоящим Правилам могут признаваться события, указанные в п.п. 3.6.12, 3.7.1, 3.7.7, 3.7.9, 5.1.1-5.1.3, 5.1.5, 5.1.8, 5.1.10, 5.1.13, 5.1.23, 5.1.30 Правил с применением установленных Страховщиком повышающих коэффициентов к тарифной ставке.
- 3.9. При заключении Договора Страховщик и Страхователь при условии применения к тарифной ставке соответствующих коэффициентов вправе договориться об объеме медицинской помощи в рамках Программы путем сокращения перечня организуемых и оплачиваемых Страховщиком медицинских и иных услуг, включаемых в конкретную Программу, а также о названии конкретной Программы, отражающей вид, объем и порядок предоставляемой Застрахованному лицу медицинской и/или иной помощи.
- 3.10. В зависимости от объема и комбинации медицинских и иных услуг, а также перечня медицинских организаций, предусмотренных договором страхования, Страховщик может присваивать медицинским и иным услугам в договорах страхования нумерацию/ аббревиатуру /кодировку/ категорию/серию исключительно для их внутреннего использования и учета Страховщиком. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных договоров страхования (страховых Полисов), заключаемым на основе настоящих Правил, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

4. РАСХОДЫ, ПОКРЫВАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ

4.1 При наступлении страхового случая Застрахованный информирует об этом Страховщика до обращения, визита в медицинское учреждение. В этом случае Страховщик организует оказание услуг, предусмотренных Договором, и оплачивает данные услуги непосредственно лечебному (иному) учреждению, оказавшему услуги Застрахованному в рамках избранной Договором Программы. Медицинская помощь оказывается Застрахованному в соответствии с режимом работы местных лечебных учреждений/врачей и регламентом работы служб скорой помощи. Страховщик

вправе согласовать Застрахованному самостоятельное обращение за получением необходимой медицинской помощи, в том числе и с привлечением местных служб скорой помощи за свой счет. В этом случае Застрахованный/его представитель вправе обратиться к Страховщику за рассмотрением вопроса о возмещении понесенных им в связи с наступлением страхового случая расходов в порядке, предусмотренном разделом 10 настоящих Правил.

4.2. По настоящим Правилам и в соответствии с Договором Страховщик производит оплату специализированным организациям (компаниям), организующим и осуществляющим указанные в Программе/Программах Застрахованного услуги, или непосредственно Застрахованному при предоставлении документов, подтверждающих наступление страхового случая, оплату предусмотренных Программой и Договором медицинских и иных услуг.

4.3. Объем оказываемых и оплачиваемых услуг определяется настоящими Правилами и Программой/Программами Застрахованного.

4.4. Экстренная медицинская помощь оказывается Застрахованному медицинским учреждением, рекомендованным Страховщиком.

4.5. Способы транспортировки Застрахованного определяются Страховщиком с учетом медицинских показаний. Перечень покрываемых расходов может быть уточнен Сторонами в Договоре в зависимости от застрахованного риска и избранной Программы страхования.

5. РАСХОДЫ, НЕ ПОКРЫВАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ

5.1 Страховщик по настоящим Правилам не возмещает следующие расходы:

5.1.1 связанные с лечением хронических заболеваний, а также заболеваний, известных или существующих к моменту заключения договора страхования, независимо от того, осуществлялось по ним лечение или нет (в том числе связанные с образованием конкрементов, язв и пр.), если иное не установлено Программой и/или Договором;

5.1.2 вызванные ухудшением состояния здоровья или смертью Застрахованного, связанными с лечением, которое Застрахованный проходил до начала страхования и/или вызванное применением лекарственных препаратов, которые не были назначены врачом, направленным Сервисным Центром, а также в случае, если поездка была противопоказана Застрахованному по состоянию здоровья, если иное не установлено Программой и/или Договором;

5.1.3 на купирование и лечение судорожных состояний и их последствий, нервных и психических заболеваний, неврозов, если иное не установлено Программой и/или Договором страхования;

5.1.4 на диагностические манипуляции (в том числе консультации и лабораторные исследования) без последующего лечения; на контрольные (повторные) осмотры, консультации лабораторные и диагностические исследования;

5.1.5 на ангиографию, а также расходы, связанные с операциями на сердце и сосудах, в том числе ангиопластику, стентирование, шунтирование и др. даже при наличии медицинских показаний к их проведению, если иное не установлено Программой и/или Договором ;

5.1.6 на лечение онкологических заболеваний;

5.1.7 на лечение солнечных ожогов и иных острых изменений кожного покрова, вызванных воздействием ультрафиолетового излучения;

5.1.8 на получение Застрахованным медицинских услуг, не связанных с внезапным заболеванием или несчастным случаем; на профилактические мероприятия и общие медицинские осмотры, если иное не установлено Договором и/или Программой;

5.1.9 на лечение ВИЧ-инфекции, а также заболеваний, являющихся ее следствием;

5.1.10 связанные с консультациями и обследованиями во время протекания беременности, консультациями, обследованиями и лечением осложнений беременности (патологической беременности) вне зависимости от ее сроков, а также родовспоможением и послеродовым уходом за ребенком, если иное не установлено Договором и/или Программой;

5.1.11 на лечение заболеваний, передающихся преимущественно половым путем, а также заболеваний, являющихся их следствием;

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

5.1.13 на оказание стоматологической помощи, если иное не установлено Договором и/или Программой;

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

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

5.1.16 на лечение методами мануальной терапии, рефлексотерапии (акупунктуры), хиропрактики, массажа, гомеопатии, фито- и натуротерапии, так же методами традиционной и народной медицины;

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

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

5.1.19 связанные с оказанием транспортных и иных услуг и не подтвержденные соответствующими документами (счет, квитанция, чек);

5.1.20 на реабилитацию, восстановительное лечение и физиотерапию;

5.1.21 на проведение курса лечения на курортах, в санаториях, пансионатах, домах отдыха и других подобных учреждениях, а также на лечение заболеваний, являющихся следствием этого лечения и/или осуществление репатриации, в том числе и посмертной;

5.1.22 на проведение дезинфекции, вакцинации (в том числе вакцинация при наступлении страхового случая против бешенства, энцефалита и пр.);

5.1.23 на проведение плановых операций и госпитализаций, даже если указанные мероприятия связаны с произошедшим страховым случаем если иное не установлено Договором и/или Программой;

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

5.1.25 связанные с предоставлением услуг дополнительной комфортабельности, а именно: палаты типа «люкс», телевизора, телефона, кондиционера, увлажнителя, услуг парикмахера, массажиста, косметолога, переводчика и т.д.;

5.1.26 которые имели место за пределами Российской Федерации, а также после прекращения действия Договора;

5.1.27 по стационарному лечению, медико-транспортные расходы, расходы по посмертной репатриации, не санкционированные Страховщиком. Страховщик вправе оплатить такие расходы полностью или частично, если сочтет причины необращения к Страховщику объективными;

5.1.28 связанные с диагностированием и лечением серных пробок;

5.1.29 на лечение в барокамере;

5.1.30 медико-транспортные расходы и расходы по посмертной репатриации, если наступившее событие связано с хроническими заболеваниями, а также заболеваниями, известными или существующими к моменту заключения Договора, независимо от того, осуществлялось по ним лечение или нет, если иное не установлено Договором и/или Программой;

5.1.31 расходы, превышающие установленные страховые суммы;

5.1.32 расходы на медицинскую помощь, оказанную Застрахованному лицу при отсутствии страхового случая;

5.1.33 расходы по услугам, оказанным Застрахованному лицу, не входящим в Программу.

6. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, СТРАХОВОЙ ТАРИФ. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ФРАНШИЗА.

6.1 Страховой суммой является денежная сумма, которая определена в порядке, установленном Договором при его заключении и, исходя из которой, устанавливаются размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

6.2 Страховая сумма устанавливается в Договоре по соглашению сторон. В части страхования непредвиденных расходов страховая сумма устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем исходя из возможного размера ущерба (убытков), которые, как можно ожидать, были бы понесены при наступлении страхового случая.

Общая сумма выплат за один или несколько страховых случаев, происшедших в период действия Договора, не может превышать размера страховой суммы, указанной в Договоре. Договором

может быть предусмотрена страховая сумма по Программе и/или по отдельным заболеваниям или видам медицинской помощи, входящим в Программу. Страховые суммы в Договоре могут быть установлены в российских рублях и/или валютном эквиваленте.

Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику (его полномочному представителю) в соответствии с Договором.

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

6.3 Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и её размера в соответствии с условиями страхования. Конкретный размер страхового тарифа определяется по соглашению сторон на основании базовых тарифов Страховщика, с учетом срока страхования, включенных страховых рисков, событий, включенных в перечень страховых случаев, а также повышающих или понижающих коэффициентов.

6.4 В случае принятия Страховщиком решения о страховании лиц, осуществляющих деятельность, связанную с повышенной опасностью, в том числе предусмотренную п. 3.6.12 Правил, лиц моложе 10 лет (если иное не установлено Договором) и старше 50 лет, а также при включении в Договор рисков, указанных в п. 3.8. правил - страховая премия уплачивается в соответствии с установленными Страховщиком повышающими коэффициентами.

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

6.6 Страховая премия вносится Страхователем разовым платежом за весь период страхования, если Договором не предусмотрено иное.

6.7 Оплата страховой премии может производиться в безналичной форме или наличными деньгами. Страховая премия считается уплаченной: при безналичной форме - с даты поступления страховой премии на расчетный счет Страховщика; при уплате наличными деньгами - с момента уплаты страховой премии в кассу Страховщика (по квитанции его полномочному представителю).

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

Страховая премия уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных валютным законодательством Российской Федерации и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования.

6.9. Если иного не предусмотрено соглашением сторон и не обусловлено способом заключения Договора, страховая премия (первый страховой взнос) должна быть уплачена до получения Договора (полиса) Страхователем, но не позднее 5 (пяти) рабочих дней от даты подачи заявления о заключении Договора. При электронном страховании страховая премия уплачивается после ознакомления Страхователя с условиями, содержащимися в Договоре добровольного страхования и правилах страхования.

6.10. В Договоре страхования могут быть предусмотрены следующие условия при неуплате страховой премии, страхового взноса или оплате не в полном объеме:

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

Если договором страхования не предусмотрено ни одно из вышеуказанных условий последствия неуплаты в установленные сроки страховой премии, очередных страховых взносов или их уплаты не в полном объеме, то действует следующее условие:

- действие Договора прекращается со дня, следующего за днем, установленным Договором для оплаты страховой премии, очередного страхового взноса. При этом Страховщик имеет право расторгнуть Договор в одностороннем порядке с уведомлением об этом Страхователя (Выгодоприобретателя).

6.10. Под франшизой понимается часть убытков, которая определена Договором и не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями Договора. Франшиза определяется в денежном эквиваленте (абсолютная франшиза), в процентах от страховой суммы или убытка (относительная франшиза), в единицах исчисления времени (временная франшиза). Наличие абсолютной или относительной франшизы и ее размер указываются в Договоре, наличие временной франшизы указывается в Программе.

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

Франшиза может быть установлена по Договору, по Программе, по одному риску либо по их комбинации.

6.11. Если в Договорах, заключенных в соответствии с настоящими Правилами страховые суммы и страховые премии указаны в валютном эквиваленте (страхование с валютным эквивалентом):

1) страховая премия уплачивается в рублях по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для иностранной валюты на дату уплаты (перечисления).

2) страховое возмещение выплачивается в рублях по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для данной иностранной валюты на дату выплаты (перечисления).

При расчете страхового возмещения данное условие применяется в случае, если курс иностранной валюты не превышает максимального курса для выплат, под которым понимается курс иностранной валюты, установленный Центральным банком Российской Федерации на дату перечисления страховой премии, увеличенной на 1% (один процент) на каждый месяц (в т.ч. неполный), прошедший с момента перечисления премии. В случае если курс иностранной валюты, установленный Центральным банком Российской Федерации, превысит вышеуказанный максимальный курс, размер страхового возмещения определяется исходя из максимального курса.

Применительно к разделу 8 настоящих Правил используется следующий порядок определения ущерба (убытков):

- если причиненный ущерб, возмещаемый Страховщиком, определяется в российских рублях, то выплаты производятся в рублях, а Договор продолжает действовать в размере разницы между страховой суммой и суммой выплаченного страхового возмещения, пересчитанного в валюту, в которой определена страховая сумма, по валютному курсу, установленному Центральным банком Российской Федерации на дату перечисления;

- если причиненный ущерб определяется в валюте, в которой установлена страховая сумма, то выплаты производятся в рублях в соответствии с первым абзацем настоящего пункта Правил, а Договор продолжает действовать в размере разницы между страховой суммой и суммой выплаченного возмещения в валютном эквиваленте.

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

7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ДЕЙСТВИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

7.1. Договор заключается сроком на один год, если иное не предусмотрено Договором (Полисом).

В случае страхования на срок менее 1 года размеры страховой премии (страховых взносов) Страховщик вправе устанавливать в следующем проценте от их годовых размеров, если в договоре не оговорено иное:

- на срок до 3-х месяцев - 50%;
- на срок от 3-х до 6-ти месяцев - 65%;
- на срок от 6-ти до 9-ти месяцев - 75%;
- на срок более 9-ти месяцев - 100%.

Договор по настоящим Правилам может быть заключен в виде электронного документа через официальный сайт Компании, а также при непосредственном обращении к Страховщику (его

уполномоченному представителю) с устным или письменным заявлением о своем намерении заключить Договор.

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

7.2.1 фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес постоянного места жительства, телефон Застрахованного;

7.2.2 наименование, юридический адрес, телефон, банковские реквизиты Страхователя, если Страхователь - юридическое лицо. В данном случае к заявлению прилагается список Застрахованных лиц;

7.2.3 планируемые даты начала и окончания поездки;

7.2.4 цель поездки;

7.2.5 профессия и род предполагаемой деятельности, если Застрахованный выезжает (прибывает на территорию Российской Федерации) в поездку для работы;

7.2.6 вид спорта или тип спортивных состязаний, в которых предполагается участие Застрахованного;

7.2.7 страховая сумма;

7.2.8 выбранная Программа/Программы страхования.

7.3. При заключении Договора Страхователь обязан сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска, в т.ч. о наличии или отсутствии имеющихся у Застрахованного хронических заболеваниях и патологиях, ВИЧ-инфекции, СПИДе, любых формах гепатита, злокачественных и доброкачественных новообразованиях, психических заболеваниях и состояниях, беременности.

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

7.5. При заключении Договора Страховщик вправе потребовать предоставить кроме заявления на страхование следующие документы:

7.5.1. медицинскую анкету;

7.5.2. данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в России (для Страхователей - физических лиц):

- для временно пребывающих – виза и/или миграционная карта,
- для временно проживающих – разрешение на временное проживание,
- для постоянно проживающих – вид на жительство,
- для беженцев – удостоверение беженца,
- для вынужденных переселенцев – удостоверение вынужденного

переселенца,

- для моряков – удостоверение (паспорт) моряка,

- для лиц без гражданства – разрешения на временное проживание;

7.5.3. документы, удостоверяющие правоспособность Страхователя - юридического лица;

7.5.4. документы, подтверждающие личность и полномочия представителя (если Договор заключается представителем);

7.5.5. документы, подтверждающие личность Выгодоприобретателя/Застрахованного;

7.5.6. документы, подтверждающие состояние здоровья Застрахованного, включая результаты медицинского обследования Застрахованного. При заключении Договора в электронном виде обследование Страховщиком не осуществляется;

7.5.7. документы, подтверждающие совершение поездки (пребывание) в Российской Федерации.

7.5.8. Страховщик при заключении договора страхования проверяет имущественный интерес через запрос документов, необходимых для заключения договора страхования, а именно: копию паспорта либо паспортные данные страхователя, иной документ удостоверяющий личность, медицинскую анкету, документ, подтверждающий права иностранного гражданина или лица без гражданства

В случаях, когда договор страхования заключается без определения имущественного интереса, страховщик в обязательном порядке информирует страхователя о возможностях отказа в выплате при отсутствии имущественного интереса в Заявлении на страхование (оферте).

Договор страхования может быть заключен без указания имени или наименования выгодоприобретателя. При этом условия в договоре указываются четкий идентификационный признак

выгодоприобретателя (собственник строения, пассажир определенного транспортного средства, участник мероприятия, владелец билета, работник предприятия согласно штатному расписанию и пр.).

Договор страхования в пользу выгодоприобретателя может быть заключен без указания имени или наименования выгодоприобретателя.

7.5.9. Договор страхования оформляется в письменной или электронной форме в виде страхового полиса или единого документа, подписанного страховщиком. Договор страхования может быть вручен страхователю любым общедоступным способом.

При заключении договора страхования страховщик обязан вручить страхователю правила страхования, о чем делается запись в договоре страхования.

Правила могут быть вручены страхователю:

- в виде изложения в договоре страхования (страховом полисе) на его оборотной стороне;
- в виде бумажного документа к договору страхования (страховому полису) как приложение и его неотъемлемая часть;
- путем информирования страхователя об адресе размещения правил страхования на сайте страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» по адресу [www.euro-ins.ru/o kompanii/regulations/](http://www.euro-ins.ru/o_kompanii/regulations/) ;
- путем направления файла, содержащего текст правил страхования, на указанный страхователем адрес электронной почты;
- путем вручения страхователю любого электронного носителя информации (CD или DVD диск, накопитель на жестких магнитных дисках, флеш-накопители и т.д.), на котором размещен файл, содержащий текст правил страхования.

В случае если правила страхования были вручены страхователю одним из способов, указанных в настоящем пункте, без вручения текста правил страхования на бумажном носителе, это не освобождает страхователя (выгодоприобретателя) от обязанностей, которые предусмотрены настоящими правилами страхования.

7.6. Факт заключения Договора удостоверяется выдаваемым Страховщиком Страхователю страховым полисом с приложением настоящих Правил, либо путем составления одного документа в соответствии с положениями гражданского законодательства Российской Федерации.

7.7. В соответствии с настоящими Правилами, Договор согласно пункту 2 статьи 434 и статье 6.1. Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 может быть составлен в форме электронного документа. Договор в электронной форме заключается на основании соответствующего заявления Страхователя, созданного и отправленного Страховщику с использованием его официального сайта порядке, указанном в настоящих Правилах.

Для целей заключения Договора в электронной форме, заявление на страхование создается и направляется Страховщику через его официальный сайт, подписывается простой электронной подписью Страхователя - физического лица. В соответствии с пунктом 1 статьи 6 Федерального закона № 63-ФЗ от 06.04.2011 «Об электронной подписи», также п. 4 ст. 6.1. Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 Договор страхования (полис), составленный в виде электронного документа, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика (далее - ЭЦП), признается Сторонами электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя ООО РСО «ЕВРОИНС».

7.8. При заключении Договора в форме электронного документа Страхователь через официальный сайт Страховщика направляет информацию, необходимую для заключения договора страхования путем заполнения формы заявления - анкеты на страхование, которая включает следующие данные:

7.8.1. Фамилия, имя в латинской транскрипции (как в заграничном/национальном паспорте), дату рождения Застрахованного (-ых);

7.8.2. Планируемые даты начала и окончания пребывания на территории Российской Федерации, количество дней, в течение которых будет действовать Договор;

7.8.3. цель поездки;

7.8.4. профессия и род предполагаемой деятельности, если Застрахованный въезжает в Российскую Федерацию для работы;

7.8.5. вид спорта или тип спортивных состязаний, в которых предполагается участие Застрахованного;

7.8.6. страховая сумма.

На официальном сайте Страховщика Страхователь знакомится с Условиями страхования по выбранному им варианту, включая содержание Программы, а также Правилами. Оплата страховой премии

в соответствии с п. 4 ст. 6.1 Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 означает согласие Страхователя с условиями заключения Договора на предложенных Страховщиком условиях.

7.9. Заключая Договор на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает свое согласие с тем, что Страховщик может в течение всего срока действия Договора осуществлять обработку указанных в нем персональных данных физических лиц. Страхователь несет персональную ответственности за предоставление согласий физических лиц - Застрахованных и Выгодоприобретателей на обработку их персональных данных. Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также совершение иных действий с персональными данными физических лиц в статистических целях и в целях проведения анализа страховых рисков. Заключая Договор на основании настоящих Правил, Страхователь также подтверждает согласие на информирование о других продуктах и услугах, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком. Для осуществления вышеуказанных целей Страховщик имеет право осуществлять передачу, в том числе трансграничную, персональных данных, ставших ему известными в связи с заключением и исполнением договора страхования, третьим лицам, с которым у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных.

Страховщик обязуется обеспечивать сохранность и неразглашение персональных данных Страхователя в целях иных, нежели предусмотренных настоящим пунктом. Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных полностью или в части информирования о других продуктах и услугах, путем направления письменного заявления Страховщику способом, позволяющим достоверно установить дату получения данного заявления Страховщиком. В случае полного отзыва субъектом персональных данных своего согласия на обработку персональных данных, действие Договора в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, Договор прекращается полностью. При этом действие Договора прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. После прекращения действия Договора (в том числе при его расторжении), а также в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку своих персональных данных, Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в срок, не превышающий 100 (ста) лет с момента прекращения действия Договора либо с момента получения Страховщиком заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных (если иного не предусмотрено Договором).

7.10. Страхование вступает в силу в момент пересечения границы Российской Федерации, но не ранее 00.00 часов указанной в Договоре даты начала страхования при условии уплаты Страхователем страховой премии за весь период страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.

Под началом поездки понимается прибытие Застрахованного на территорию Российской Федерации (пересечение государственной границы, удостоверяемое отметкой пограничной службы в паспорте).

7.11. Договор не действует за пределами Российской Федерации.

7.12. При электронном страховании Договор считается заключенным с момента оплаты страховой премии.

7.13. В Договоре страхования подпись Страховщика может быть выполнена путем факсимильного воспроизведения с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи, либо иного аналога собственноручной подписи, предусмотренного законодательством Российской Федерации. Подписанием заявления на страхование и/или Договора страхования (страхового полиса), иного документа, используемого при заключении и исполнении Договора страхования, и/или принятием Договора страхования (страхового полиса) Страхователь (его представитель) подтверждает:

7.13.1. что электронные и бумажные документы, получаемые/передаваемые при заключении и исполнении Договора страхования и подписанные от имени Страховщика путем факсимильного воспроизведения подписи с помощью средств механического или иного копирования, признаются равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью;

7.13.2. что электронные документы, получаемые/передаваемые при заключении и исполнении Договора страхования в электронной форме, подписанные простой электронной подписью или неквалифицированной электронной подписью, признаются равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью;

7.13.3. что ответственность за соблюдение конфиденциальности ключа простой электронной подписи, несет лицо, создающее и (или) использующее ключ простой электронной подписи.

При использовании Интернет – сервисов (в т.ч. почтовых сервисов), сервисов почтовых корпоративных систем ключом простой электронной подписи является логин и пароль персональной учетной записи пользователя, предоставленной для работы в Интернет – сервисе. Лицо, подписавшее электронный документ простой электронной подписью, определяется на основании имени электронного почтового ящика, указанного в документах, используемых при заключении и исполнении Договора страхования (заявление на страхование, Договор страхования или пр.). Проверка неквалифицированной электронной подписи осуществляется согласно локальным нормативным актам Страховщика, размещенным на официальном сайте Страховщика.

8. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА УБЫТКОВ ИЛИ УЩЕРБА, ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.

8.1. При наступлении страхового случая Застрахованный (его представитель) обязан:

8.1.1. заблаговременно, до обращения, визита в медицинское учреждение проинформировать Страховщика по указанным в страховом полисе телефонам о случившемся происшествии и сообщить оператору следующую информацию:

- Фамилию, имя, Застрахованного;
- Номер Договора (страхового полиса);
- Характер требуемой помощи;
- Местонахождение и номер телефона для обратной связи;

8.1.2. получить медицинскую помощь в строгом соответствии с инструкциями оператора диспетчерского пульта Страховщика;

8.1.3. предъявить медицинскому персоналу оригинал Договора (страхового полиса);

8.1.4. уплатить франшизу в установленном размере, если она предусмотрена в Договоре (страховом полисе);

8.1.5. согласовывать свои действия и следовать указаниям оператора диспетчерского пульта;

8.1.6. соблюдать предписания врача и распорядок, установленный медицинским учреждением;

8.1.7. при невозможности связаться с диспетчерским пультом в момент наступления страхового случая сделать это при первой возможности и предъявить Договор (страховой полис), не оплачивая при этом услуг, предлагаемых или оказанных третьими лицами, без получения официального подтверждения оператора диспетчерского пульта, зафиксировавшего обращение в базе данных Страховщика;

8.1.8. письменно обосновать Страховщику причину невыполнения требований п. 8.1.1. Правил и представить соответствующие подтверждающие документы.

8.2. После получения информации, Страховщик организует оказание Застрахованному необходимых и предусмотренных Договором и Программой медицинских, медико-транспортных услуг.

8.3. В случае самостоятельной оплаты медицинских услуг Застрахованный представляет Страховщику для возмещения понесенных расходов оригиналы следующих документов:

• Письменное заявление / обращение о случившемся с приложением полных банковских реквизитов (при выборе безналичной формы оплаты). Если Застрахованный не обращался к Страховщику - заявление с обоснованием причин необращения ;

• Договор (страховой полис);

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

• Направления на прохождение лабораторных исследований с указанием дат, наименований и стоимости услуг;

• Счета-фактуры из медицинских учреждений (на фирменном бланке и с соответствующим штампом) с указанием фамилии пациента, даты обращения, диагноза, продолжительности лечения, перечня оказанных услуг с разбивкой по датам и стоимости, а также общей суммы к оплате;

• Документы, подтверждающие факт оплаты представленных счетов;

• Документы, подтверждающие факт оплаты счетов за репатриацию, в том числе справку о смерти с указанием причины, свидетельство о смерти, счетов организаций, осуществляющих транспортировку с разбивкой по датам и стоимости оказанных услуг, иных документов, подтверждающих оказание услуги;

- Документы, подтверждающие родство с Застрахованным, и/или документы, подтверждающие право обратившегося представлять интересы Застрахованного;
- Результаты медицинского осмотра врачом Страховщика, если Страховщик воспользовался своим правом, предусмотренным в п. 11.3.4. Правил на осмотр Застрахованного после наступления страхового случая.

8.4. Для возмещения расходов Застрахованного, Страховщик принимает счета-фактуры только при наличии документов, подтверждающих факт оплаты медицинских услуг.

8.5. Заявление и документы, указанные в п. 8.3. Правил, должны быть представлены Страховщику в течение 40 (сорока) календарных дней с момента наступления страхового случая.

8.6. По требованию Страховщика предоставляются также:

8.6.1. документы, составляемые (оформляемые) уполномоченными органами в ходе проведения расследования по уголовному делу или делу об административном правонарушении о факте, обстоятельствах и причинах заявленного события;

8.6.2. документы по факту обжалования решений, принятых по уголовному делу или делу об административном правонарушении, либо исков (требований, претензий) о возмещении вреда судом;

8.6.3. документ, удостоверяющий личность заявителя. Если заявление подается через представителя, то предоставляются документы как в отношении лица, подающего заявление, так и в отношении получателя выплаты, а также документы, подтверждающие полномочия представителя (нотариально удостоверенная доверенность в отношении представителя физического лица или доверенность, заверенная юридическим лицом в отношении представителя юридического лица, с указанием на право получения выплаты (для случаев получения страховой выплаты представителем).

8.7. Договором может быть предусмотрен сокращенный список документов, необходимых для принятия решения о страховой выплате, в зависимости от застрахованного риска и избранной Страхователем Программы.

8.8. Все представляемые Страховщику документы должны быть оформлены на русском языке.

8.9. Решение о выплате страхового возмещения принимается Страховщиком в течение 30 (тридцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком всех необходимых документов, указанных в п. 8.3. - 8.6. Правил. В указанный срок Страховщик вправе проводить проверку представленных документов, запрашивать сведения у организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также письменные объяснения Страхователя и/или Застрахованного по факту произошедшего страхового случая. В указанный срок Страховщик принимает решение о выплате и составляет Акт о страховом случае либо направляет отказ в страховой выплате. Страховщик вправе осуществить страховую выплату ранее установленного срока.

8.10. В целях оценки фактического состояния здоровья после наступления страхового случая Застрахованного Страховщик с согласия Застрахованного оставляет за собой право запрашивать и получать информацию о состоянии здоровья Застрахованного. Застрахованный, намеренный воспользоваться своим правом на получение страховой выплаты, по требованию Страховщика обязан пройти медицинское освидетельствование по направлению Страховщика.

8.11. Страховщик вправе принять решение о признании события страховым в отсутствие каких-либо документов, предусмотренных настоящим разделом Правил, в случае если отсутствие таких документов не влияет на возможности Страховщика установить обстоятельства события и определить размер страховой выплаты.

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

8.13. При страховании с валютным эквивалентом размер страховой выплаты определяется с учетом положений п. 6.12 настоящих Правил.

9. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ.

9.1. Страховщик имеет право полностью или частично отказать в выплате страхового возмещения по Договору в следующих случаях:

9.1.1. событие не было признано страховым в соответствии с настоящими Правилами, Договором и Программой:

а) расходы на оказание медицинской помощи и/или транспортные услуги возникли вне пределов Российской Федерации;

б) событие, имеющее признаки страхового, наступило вне периода действия страхования;
в) наступление страхового случая и/или возникновение покрываемых по Договору расходов не подтверждено документально;

г) событие не является страховым случаем в соответствии с разделом 3 настоящих Правил;

д) наступление страхового случая привело к возникновению расходов, не покрываемых в соответствии с условиями настоящих Правил, Договором и/или Программой, но только в части таких расходов;

9.1.2. в части страхования финансовых рисков - убытки, возникли вследствие того, что Страхователь (Застрахованное лицо) умышленно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможные убытки, но только в части таких возросших убытков;

9.1.3. страховой случай наступил вследствие умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица;

9.1.4. страховой случай наступил вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения; военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий; гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;

9.1.5. в части страхования финансовых рисков - отказ Страхователя (Выгодоприобретателя) от своего права требования к лицу, ответственному за убытки, возмещенные страховщиком, или невозможность осуществления такого права Страховщиком по вине Страхователя (Выгодоприобретателя).

9.2. Страховщик не вправе отказать в страховой выплате по основаниям, не предусмотренным законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами или Договором (полисом).

9.3. Решение об отказе в выплате страхового возмещения сообщается Страхователю (Застрахованному) в письменной форме с обоснованием причин отказа, в срок, предусмотренный для осуществления страховой выплаты.

10. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

10.1. Договор страхования прекращается:

10.1.1. по истечении срока его действия (в 24.00 часа указанной в страховом полисе даты окончания страхования);

10.1.2. в момент выезда Застрахованного с территории Российской Федерации;

10.1.3. в случае исполнения Страховщиком обязательств по Договору в полном объеме;

10.1.4. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, Договором, Программами и/или настоящими Правилами.

10.2. Договор может быть досрочно прекращен в любое время по письменному уведомлению одной из сторон (в том числе в связи с невыполнением другой стороной условий Договора) с соблюдением требований действующего законодательства Российской Федерации.

При прекращении Договора на основании п. 10.1.1. и п. 10.1.3 Правил возврат страховой премии не производится.

При прекращении Договора в соответствии с п. 10.1.2, а также в других случаях, когда возможность наступления страхового случая отпала, действие Договора прекращается с момента наступления такого события и Страхователю возвращается премия пропорционально неистекшему сроку действия Договора.

При этом возврат страховой премии осуществляется (если иное не установлено законодательством Российской Федерации, соглашением Сторон или Договором) в следующем порядке:

10.2.1 при досрочном прекращении Договора по требованию Страхователя (отказе Страхователя от Договора), уплаченная Страховщику премия не подлежит возврату, если Договором не предусмотрено иное.

10.2.2. при досрочном прекращении Договора по требованию Страхователя, последний представляет Страховщику оригиналы следующих документов:

- заявление Страхователя;
- полис;
- документ удостоверяющий личность;

10.2.3. частичный или полный возврат страховой премии осуществляется по представлению Страховщику оригиналов документов, указанных в п. 10.2.2. Правил.

10.2.4. Заявление и документы на досрочное прекращение Договора должны быть представлены Страховщику до момента истечения срока действия страхования.

10.2.5. В случаях, когда это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации, страховая премия не возвращается при наступлении страхового случая по Договору.

10.3. Страхователь вправе отказаться от Договора в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала и существование страхового риска не прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При досрочном отказе Страхователя от Договора уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если иное не предусмотрено Договором.

10.4. В случае досрочного прекращения Договора (если его условиями предусматривается возврат страховой премии) возврат страховой премии производится в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком всех необходимых документов, указанных в п. 10.2.2. Правил.

10.5. Если после заключения Договора будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения и/или предоставил Страховщику документы с заведомо ложной информацией, касающейся состояния здоровья Застрахованного, об обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска Страховщик вправе потребовать признания Договора не вступившим в силу.

10.6. При заключении Договора с физическим лицом Страховщик не вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения Договора, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством (неуплата очередного страхового взноса при оплате страховой премии в рассрочку).

11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

11.1 Страховщик обязан:

11.1.1 вручить Договор (страховой полис) с приложением настоящих Правил или экземпляр Договора;

11.1.2. при необходимости выдать идентификационную карточку Застрахованному;

11.1.3. при признании случая страховым произвести страховую выплату в установленный настоящими Правилами срок;

11.1.4. при получении запроса от Страхователя проинформировать его:

обо всех предусмотренных договором и (или) Правилами страхования необходимых действиях, которые Страхователь должен предпринять, и обо всех документах, предоставление 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;

о предусмотренных договором и (или) Правилами страхования форме и способах осуществления страховой выплаты и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав Страхователя на получение страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в договоре страхования;

10.1.5. по устному или письменному запросу Страхователя, в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий 30 дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации Страхователя в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июня 1996 года № 152-ФЗ «О персональных данных», Страховщик после принятия решения о страховой выплате предоставляет информацию о расчете суммы страховой выплаты, которая должна включать:

- порядок расчета страховой выплаты;

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

В случае наличия в договоре страхования условия осуществления выплаты с учетом износа застрахованного имущества Страховая организация предоставляет Страхователю по его письменному запросу письменный расчет суммы страховой выплаты с указанием сведений о примененном порядке расчета износа застрахованного имущества.

10.1.6. по письменному запросу Страхователя Страховщик в срок, не превышающий 30 дней, обязан предоставить ему в письменном виде исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя, направленных на получение страховой выплаты), бесплатно 1 раз по каждому страховому случаю. Указанная информация и документы предоставляются в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

10.1.7. в случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты (далее – решение об отказе) Страховщик в течение 3 рабочих дней после принятия решения об отказе информирует Страхователя в письменном виде об основаниях принятия такого решения со ссылками на

нормы права и (или) условия договора страхования и правил страхования, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация и документы предоставляются в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

Страховщик по письменному запросу Страхователя в срок, не превышающий 30 дней, предоставляет документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), обосновывающие решение об отказе, бесплатно 1 раз по одному событию, за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя, направленных на получение страховой выплаты.

11.1.3 не разглашать сведения о Страхователе, Застрахованном лице, Выгодоприобретателе, состоянии их здоровья, а также об имущественном положении этих лиц, если такая обязанность не возложена на Страховщика в силу закона.

11.1.4 уведомлять страхователя о дополнительных условиях заключения договора страхования (медицинское обследование лица, в отношении которого заключается договор) и возможности изменения размера премии после проведения осмотра;

11.1.5 проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений способом, выбранным страхователем в заявлении на страхование при заключении договора (полиса) страхования. Если договор (полис) страхования заключается на основании устного заявления, то уведомление направляется на адрес, указанный страхователем в договоре страхования.

11.1.6 При заключении договора страхования Страховщик информирует Страхователя об адресах мест приема документов, при наступлении события имеющих признаки страхового случая, а также своевременно об изменениях таких адресов, в том числе но, не ограничивая, на официальном сайте Страховщика www.euro-ins.ru

11.2. Страхователь обязан:

11.2.1. своевременно уплатить страховую премию (уплачивать страховые взносы);

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

11.2.3. по требованию Страховщика заполнить опросный лист в отношении Застрахованного;

11.2.4. давать письменные разъяснения на запросы Страховщика, связанные со страховым случаем, а также предоставить документы, необходимые для принятия решения о выплате страхового возмещения.

11.3. Страховщик имеет право:

11.3.1. при заключении Договора произвести обследование страхуемого лица для оценки фактического состояния его здоровья (за исключением случаев электронного страхования);

11.3.2. проводить проверку представленных для решения вопроса о признании события страховым случаем и осуществления размера страховой выплаты документов;

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

11.3.4. провести медицинское обследование Застрахованного лица по направлению Страховщика после наступления страхового случая.

11.4. Страхователь имеет право:

11.4.1. на своевременное получение страхового полиса (Договора);

11.4.2. требовать разъяснений положений, содержащихся в Правилах и Договоре, расчетов изменения в течение срока действия Договора страховой суммы, расчетов страховой выплаты.

11.4.3. запросить информацию о размере вознаграждения страхового агента или брокера при покупке страхового полиса у страхового агента или страхового брокера;

11.4.4. в любой момент действия договора страхования обратиться к страховщику за получением текста правил страхования на бумажном носителе.

11.5. Застрахованный имеет право на получение страховой выплаты на условиях и в сроки, предусмотренные Договором;

11.6. Застрахованный, намеренный воспользоваться своим правом на получение страховой выплаты, по требованию Страховщика (п. 11.3.4.) обязан пройти медицинское освидетельствование по направлению Страховщика.

11.7. Договором могут быть предусмотрены иные права и обязанности сторон в зависимости от застрахованного риска и Программ.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.

12.1. Все споры, возникающие между сторонами Договора, рассматриваются в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

12.2. При наличии разногласий между Страхователем (Выгодоприобретателем) и Страховщиком относительно исполнения последним своих обязательств по Договору страхования до предъявления к Страховщику иска, Страхователь (Выгодоприобретатель) направляет Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими заявленные требования.

12.3. К претензии должны быть приложены документы, соответствующие требованиям законодательства РФ к их оформлению и содержанию, предусмотренные Правилами страхования (условиями Договора страхования) и подтверждающие обоснованность требований Страхователя (Выгодоприобретателя).

12.4. Претензия Страхователя (Выгодоприобретателя) с приложенными к ней документами подается или направляется в адрес Страховщика по месту принятия от Страхователя (Выгодоприобретателя) заявления о страховом случае. Претензия Страхователя (Выгодоприобретателя) с приложенными к ней документами подлежит рассмотрению Страховщиком в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня поступления.

12.5. В случае если возникшее разногласие на момент обращения к Страховщику в досудебном порядке подлежит рассмотрению уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг в соответствии с Федеральным законом «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», Страхователь (Выгодоприобретатель) должен до направления финансовому уполномоченному обратиться направить Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими свое требование в письменной или электронной форме.

12.6. Страховщик обязан рассмотреть заявление Страхователя (Выгодоприобретателя), и направить ему мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленного требования: - в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения претензии в случае, если она направлена в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена Советом Службы финансового уполномоченного, и если со дня нарушения, по существу которого идет спор, прошло не более 180 (ста восьмидесяти) дней; - в течение 30 (тридцати) дней со дня получения претензии в иных случаях. В случаях, предусмотренных Законом об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг, Страхователь (Выгодоприобретатель) вправе заявлять в судебном порядке требования к Страховщику только после получения от финансового уполномоченного решения по обращению.