

БАЗОВЫЕ УСЛОВИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН НА ВРЕМЯ ПУТЕШЕСТВИЙ «ALLIANZ TRAVEL ДМС ПЛЮС»

Настоящая программа является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования (ДМС), если в серии страхового полиса ДМС присутствуют кодировки А144РА, А144РВ, А155, А145.

РАЗДЕЛ I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. ООО СК «Альянс Жизнь», действующее на основании Устава, именуемое в дальнейшем Страховщик, в рамках заключенных с физическими и юридическими лицами договоров ДМС, обеспечивает страхование медицинских, медико-транспортных и иных, предусмотренных настоящей программой, услуг для граждан на время пребывания на территории страхования, указанной в ст. 3 настоящей программы. Свидетельством возникновения страховых правоотношений является включение в серию страхового полиса ДМС кодировок А144РА, А144РВ, А155, А145.

1.2. Страхователями, то есть лицами, заключающими договоры (полисы) страхования со Страховщиком и уплачивающими страховую премию, признаются юридические лица и дееспособные физические лица.

1.3. Застрахованными признаются физические лица – граждане Российской Федерации, иностранные граждане и лица без гражданства, в пользу которых заключен договор (полис) ДМС.

1.4. Основные термины и определения, используемые в настоящей программе.

1.4.1. «Страховая сумма» – сумма, указанная в договоре (полисе) страхования, в пределах которой Страховщик обязуется выплатить страховое возмещение. Страховая сумма уменьшается на сумму выплаты по каждому заявленному и урегулированному страховому случаю с момента утверждения Страховщиком страхового акта о выплате страхового возмещения (предоставления Сервисной службой гарантий оплаты расходов).

1.4.2. «Страховой случай» – фактически произошедшее, внезапное, непредвиденное и непреднамеренное событие, предусмотренное договором (полисом) страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

1.4.3. «Франшиза» – по соглашению сторон в договоре (полисе) страхования может быть установлен размер убытков, условно или безусловно не подлежащий возмещению со стороны Страховщика (франшиза - условная или безусловная).

При условной франшизе не возмещаются убытки, размер которых менее размера установленной франшизы. Если размер убытков превосходит размер франшизы, то они подлежат возмещению в полном объеме в пределах обязательств Страховщика согласно условий договора страхования.

При безусловной франшизе страховая выплата производится в размере понесенных убытков в пределах страховой суммы за вычетом франшизы.

Франшиза может быть установлена для всех или отдельных обязательств Страховщика в процентах от страховой суммы или в фиксированной сумме.

Если в договоре не указан вид франшизы, она считается безусловной по каждому страховому случаю.

1.4.4. «Медицинское учреждение» – организация, которая имеет право (лицензию) на оказание медицинских услуг по законодательству страны, в которой находится Застрахованное лицо.

1.4.5. «Врач» – специалист с законченным и должным образом зарегистрированным медицинским образованием, не являющийся родственником Застрахованного лица и осуществляющий медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством страны, в которой оказываются медицинские услуги.

1.4.6. «Лечащий врач» - врач, оказывающий медицинскую помощь Застрахованному лицу в период его наблюдения и лечения в медицинском учреждении

1.4.7. «Экстренная медицинская помощь» – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

1.4.8. «Плановая медицинская помощь» – медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

1.4.9. «Экстренная госпитализация» – госпитализация в течение первого часа после установления врачом диагноза, необходимая при остро развившихся состояниях, которые требуют экстренной медицинской помощи (травмы, отравления, острые хирургические и другие опасные для здоровья и жизни пациента состояния). Показаниями для экстренной госпитализации являются необходимость постоянного медицинского наблюдения за состоянием пациента или проведения сложных лечебных и диагностических вмешательств и процедур.

1.4.10. «Страна постоянного/преимущественного проживания – государство, на территории которого Застрахованное лицо находилось не менее 183 календарных дней в течение 12 следующих подряд месяцев.

1.4.11. «Сервисная служба» – уполномоченный Представитель Страховщика – организация, обеспечивающая Застрахованным лицам при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, оказание услуг, предусмотренных настоящей программой условиями, и имеющая договор на предоставление указанных услуг со Страховщиком и обеспечивающая, в числе прочего:

- выделение многоканальных телефонных линий для работы круглосуточных центров;
- обслуживание данных линий русско и англоязычными координаторами.

Наименование Сервисной службы и телефоны круглосуточных центров указываются в договоре (полисе) страхования.

Статья 2. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ

2.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику или уполномоченному им представителю при заключении договора страхования.

2.2. Размер, сроки и порядок уплаты страховой премии устанавливается соответствующими положениями договора ДМС.

Статья 3. ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ И СРОК ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

3.1. В соответствии с настоящей программой территорией страхования является территория, в пределах которой Страховщик при наступлении страхового случая несет обязательства по выплате страхового возмещения.

3.2. Территорией страхования в рамках настоящей программы является:

3.2.1. по кодировкам А144РА, А144РВ – территория всех стран мира, за исключением территории стран СНГ;

3.2.2. по кодировке А155 – территория стран СНГ;

3.2.3. по кодировке А145 – территория всех стран мира.

3.3. Не являются территорией страхования:

3.3.1. территория в пределах 100 километров от административной границы населенного пункта, являющегося для Застрахованного лица постоянным местом

жительства (ПМЖ – населенный пункт, в котором Застрахованное лицо постоянно или преимущественно проживает и зарегистрировано в установленном законом порядке) в РФ;

3.3.2. территория иностранного государства, в котором постоянно/преимущественно проживает и/или гражданином которого является (или в котором имеет вид на жительство) Застрахованное лицо;

3.3.3. государства, на территории которых ведутся военные действия;

3.3.4. территории государств, на которых объявлено чрезвычайное положение, проведение войсковых/полицейских операций;

3.3.5. государства, в отношении которых применены военные санкции ООН;

3.3.6. территории государств, в пределах которых обнаружены и признаны очаги эпидемий.

3.4. Срок действия настоящей программы, исчисляется по московскому времени и начинается не ранее 00-00 часов даты, указанной в договоре (полисе) ДМС как начало срока действия договора (полиса) ДМС, и прекращается не позднее 24-00 часов даты, указанной в договоре (полисе) ДМС как окончание срока действия договора (полиса) ДМС.

3.5. Страховым случаем может быть признано событие, произошедшее в период не более 90 дней непрерывного пребывания Застрахованного лица на территории страхования в рамках каждой поездки (срок действия страхового покрытия). Количество поездок в период действия договора (полиса) страхования не ограничено.

Статья 4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

Дополнительно к правам и обязанностям Сторон, предусмотренных договором страхования/полисом ДМС, в рамках настоящей программы устанавливается следующее.

4.1. Страхователь (Застрахованное лицо) вправе:

4.1.1. получить консульскую копию страхового полиса для предоставления в консульские учреждения иностранных государств;

4.1.2. получать разъяснения об условиях страхования и порядке выплаты страхового возмещения;

4.1.3. обращаться к Страховщику лично или через представителя (наличие правильно оформленной и заверенной доверенности или иного правоустанавливающего документа обязательно) на предмет получения страховой выплаты и/или возмещения расходов, предусмотренных к покрытию настоящей программой.

4.2. Страховщик вправе:

4.2.1. запрашивать у компетентных органов документы и проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) информацию, имеющую отношение к заключению договора (полиса) страхования и к событию, имеющему признаки страхового случая;

4.2.2. при заключении договора (полиса) страхования применять разработанные им формы страховой документации;

4.2.3. проверять выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований и условий договора (полиса) страхования;

4.2.4. требовать признания договора (полиса) страхования недействительным, если Страхователь (Застрахованное лицо, родители застрахованного ребенка) сообщил заведомо ложные/искаженные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска);

4.2.5. требовать от Застрахованного лица выполнения обязанностей по договору (полису) страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, когда Застрахованное лицо предъявит требование о страховой выплате;

4.2.6. в случаях, предусмотренных законом, расторгнуть договор (полис) страхования и отказать в выплате страхового возмещения при невыполнении Страхователем (Застрахованным лицом) условий договора (полиса) страхования с уведомлением последнего о причинах расторжения договора, при этом уплаченная страховая премия возврату не подлежит;

4.2.7. рекомендовать Страхователю (Застрахованному лицу) самостоятельно организовать медицинскую помощь в ургентном (экстренном) порядке по жизненным показаниям с привлечением местной скоройпомощной медицины (службы «03», «911», «112» и т.п.) с дальнейшей организацией перевода, при наличии медицинских показаний, Застрахованного лица в одно из медицинских учреждений, соответствующих настоящей программой;

4.2.8. получить от Застрахованного лица (медицинского учреждения, врача) все необходимые документы и доказательства, предусмотренные настоящей программой, экстренности и объема оказания помощи, для принятия решения о выплате/отказе в выплате страхового возмещения;

4.2.9. приостановить рассмотрение события, имеющего признаки страхового случая, произошедшего со Страхователем (Застрахованным лицом), до получения полной информации, а также подтверждающих документов, предусмотренных настоящей программой, о данном событии от Застрахованного лица, медицинских учреждений, провайдеров по оказанию услуг, судебных и иных компетентных органов;

решение о приостановлении Страховщик вправе принять в сроки указанные в п. 4.5.2 настоящей программы, о принятом решении Страховщик письменно извещает Страхователя (Застрахованное лицо) в течение 5-ти рабочих дней;

4.2.10. не признавать страховыми случаями, и не производить выплату страхового возмещения в случае:

- получения Застрахованным лицом медицинской или медико-транспортной помощи с нарушением порядка, установленного в ст. 10 настоящей программы;

- обращения Застрахованного лица (его представителя) за возмещением расходов (оплатой счетов) по окончании сроков подачи письменного заявления о выплате страхового возмещения, установленных п. 4.4.9 настоящей программы;

- по основаниям, указанным в ст. 6, 9 и/или неисполнении п.п. 4.3.3, 4.3.4, 4.4.6 - 4.4.8 настоящей программы.

4.3. Страхователь обязан:

4.3.1. доводить до сведения Застрахованных лиц информацию об условиях страхования, порядке предоставления услуг и возмещения расходов, предусмотренных настоящей программой;

4.3.2. обеспечить сохранность документов по договору (полису) страхования;

4.3.3. незамедлительно, как только стало известно о событии, имеющем признаки страхового случая, произошедшем с Застрахованным лицом, уведомить Сервисную службу по указанным в страховом полисе телефонам для организации медицинской и/или медико-транспортной помощи и согласования расходов, связанных с ней.

4.3.4. при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры, чтобы уменьшить возможные расходы (убытки); принимая такие меры, Страхователь должен следовать указаниям Страховщика, если они сообщены Страхователю.

4.4. Застрахованное лицо обязано:

4.4.1. ознакомиться и неукоснительно соблюдать условия страхования по настоящей программе;

4.4.2. обеспечить сохранность страховых документов и документов, связанных с событиями, имеющими признаки страхового случая;

4.4.3. документально подтвердить, что событие, имеющее признаки страхового случая, наступило в период действия страхового покрытия;

4.4.4. обеспечить документальные доказательства наступления события, имеющего признаки страхового случая, и понесенных расходов;

4.4.5. самостоятельно, за свой счет, оплачивать расходы на перевод документов, предоставляемых Страховщику;

4.4.6. при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, незамедлительно лично (или через представителя) уведомить о происшедшем Сервисную

службу по указанным в страховом полисе телефонам для организации медицинской и/или медико-транспортной помощи и согласования расходов, связанных с ней;

4.4.7. выполнять рекомендации и указания Сервисной службы (Страховщика) в ходе организации и оказания медицинской и/или медико-транспортной помощи;

4.4.8. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением;

4.4.9. в случае самостоятельной оплаты расходов (выставления/получения счета) подать письменное заявление о выплате страхового возмещения в течение 30 календарных дней со дня окончания поездки (возвращения с территории страхования);

4.4.10. при обращении за медицинской помощью вследствие наступления события, имеющего признаки страхового случая, Застрахованное лицо в безусловном порядке освобождает, с соблюдением требований законодательства Российской Федерации и/или страны временного пребывания, врачей, выполнявших обследование или лечение, а также врачей, наблюдавших и/или лечивших его ранее в стране постоянного проживания, от обязанности хранить профессиональную врачебную тайну перед Страховщиком;

4.5. Страховщик обязан:

4.5.1. ознакомить Страхователя с условиями страхования;

4.5.2. при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, если Застрахованное лицо самостоятельно оплатило расходы (или ему выставлен счет), в течение 45-ти рабочих дней после получения всех необходимых документов, предусмотренных настоящей программой, касающихся произошедшего события и расчета убытка, составить страховой акт, при признании произошедшего события страховым случаем, или мотивированно отказать в выплате страхового возмещения;

на основании п. 4.2.9 настоящей программы 45 рабочих дней исчисляются со дня получения Страховщиком (Сервисной службой) всех необходимых и достаточных документов, предусмотренных настоящими условиями, касающихся произошедшего события и расчета убытка, представленных Застрахованным лицом (Страхователем);

расчет суммы страхового возмещения осуществляется по курсу иностранных валют ЦБ РФ на день подачи письменного заявления на основании подлинников документов, приобщенных к заявлению в соответствии с настоящей программой;

4.5.3. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным лицом).

РАЗДЕЛ II. СТРАХОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ И МЕДИКО-ТРАНСПОРТНЫХ УСЛУГ НА ВРЕМЯ ПУТЕШЕСТВИЯ

Статья 5. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с оплатой организации и получения экстренной медицинской и медико-транспортной помощи при наступлении страхового случая во время пребывания Застрахованного лица на территории страхования ст. 3 в период действия страхового покрытия (п. 3.5).

Статья 6. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ.

6.1. В рамках настоящей программы страховым случаем признается событие, произошедшее с Застрахованным лицом на территории страхования в период действия страхового покрытия, повлекшее за собой необходимость получения на территории страхования экстренной медицинской и/или медико-транспортной помощи в результате ухудшения состояния здоровья или смерти Застрахованного лица, возникшие вследствие:

6.1.1. внезапных острых заболеваний;

6.1.2. травм, полученных в результате несчастного случая;

6.2. В рамках настоящей программы:

6.2.1. внезапным острым заболеванием признается внезапное, непредвиденное и непреднамеренное расстройство здоровья (нарушение жизнедеятельности организма),

возникшее под влиянием болезнетворных и/или чрезвычайных (для данного организма) раздражителей внешней и/или внутренней среды, которое проявляется изменением структуры и функций организма и требует экстренной медицинской помощи;

6.2.2. несчастным случаем признается внезапное, непредвиденное, непреднамеренное внешнее событие, повлекшее за собой травму или смерть;

6.2.3. травмой признается нарушение структуры, анатомической целостности органов и тканей человека в результате несчастного случая, сопровождающееся нарушением их функций;

6.2.4. перечень заболеваний и состояний (проблем) приведших к наступлению событий, которые могут быть признаны страховыми случаями, определяется исключительно МКБ-10 - Международной классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей здравоохранения.

6.3. В соответствии с настоящей программой не являются страховыми случаями события, связанные с ухудшением состояния здоровья или смертью Застрахованного лица, находящиеся в прямой или косвенной причинно-следственной связи:

6.3.1. с заболеваниями, имевшимися и требовавшими лечения до начала срока действия договора (полиса) страхования и/или выезда на территорию страхования, независимо от того, проводилось по ним лечение или нет, а также, если путешествие было противопоказано Застрахованному лицу по состоянию здоровья и/или могло усугубить течение имевшегося заболевания (послужить причиной его обострения);

6.3.2. с хроническими заболеваниями и их обострениями, последствиями и осложнениями, не повлекшими угрозу для жизни Застрахованного лица;

6.3.3. с состояниями и/или осложнениями, возникшими вследствие имевшейся ранее патологии, независимо от того проводилось по ним лечение или нет, не повлекшими угрозу для жизни Застрахованного лица;

6.3.4. с венерическими заболеваниями, заболеваниями, передаваемыми половым путем, молочницей, ВИЧ-инфекцией, СПИДом вирусными гепатитами, исключая гепатиты «А» и «Е», и их последствиями (осложнениями);

6.3.5. с психическими заболеваниями, эпилепсией (первичной и симптоматической), расстройствами поведения и их обострениями, последствиями и осложнениями, вне зависимости от того, знало Застрахованное лицо о них до поездки или нет;

6.3.6. с алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией и их обострениями, последствиями и осложнениями, вне зависимости от того, знало Застрахованное лицо о них до поездки или нет;

6.3.7. со злокачественными, доброкачественными новообразованиями и их обострениями, последствиями и осложнениями, вне зависимости от того, знало Застрахованное лицо о них до поездки или нет;

6.3.8. с нормальным или патологическим протеканием беременности и родами; послеродовым уходом за ребенком; прерыванием беременности, за исключением проведенного по медицинским показаниям прерывания беременности в связи с наступлением несчастного случая или внематочной беременностью;

6.3.9. с солнечными ожогами и иными острыми изменениями кожного покрова, вызванными воздействием ультрафиолетового излучения;

6.3.10. с грибковыми заболеваниями и их обострениями, последствиями и осложнениями;

6.3.11. с дерматологическими заболеваниями (кроме инфекционных), пищевыми дерматитами, чесоткой, дерматитами, связанными с укусами насекомых (кроме угрожающих жизни состояний – укусы ядовитых пауков, пчел, ос и травм, полученных в результате контакта кожи с ядовитыми пресмыкающимися, медузами, морскими ежами, рыбами);

6.3.12. с аллергическими реакциями, кроме угрожающих жизни состояний (отек Квинке, синдром Лайелла);

6.3.13. с преднамеренной целью получения лечения на территории страхования, при этом не подлежат возмещению расходы, связанные с лечением, которое является целью поездки, а также расходы, вызванные ухудшением состояния здоровья или смертью Застрахованного лица в связи с этим лечением;

6.3.14. с осуществлением на территории страхования профессиональной деятельности, связанной с выполнением любых форм опасной работы в связи с любым делом, ремеслом или профессией (водители, летчики, моряки, горняки, буровики, строители, сталевары, монтажники и т.п.), если дополнительный риск не был оплачен дополнительной страховой премией;

6.3.15. с активным отдыхом: водные лыжи, серфинг, виндсерфинг, водный мотоцикл, рафтинг, яхтинг, горные лыжи, сноубординг, поездки на снегоходе, хоккей, маунтинбайк, паркур, конные походы, рыбалка, охота, скейтбординг, кайтинг, тарзанка, каякинг, треккинг и т.п. (за исключением пляжного отдыха, под которым, в рамках настоящей программы признается: развлечения на воде с использованием водных велосипедов, каноэ, буксируемых надувных средств и парашютов, посещение аквапарка, водное поло в бассейне, волейбол/футбол на пляже, катание на лыжах (кроме горных), коньках, спуск в пещеры с экскурсией, велосипедные прогулки (кроме маунтинбайка), теннис, гольф, катание на роликах, бег трусцой, катание на животных (лошади, верблюды, слоны и прочих животных), снорклинг и т.п.), если дополнительный риск не был оплачен дополнительной страховой премией;

6.3.16. с занятиями организованным (любительским), профессиональным спортом (спорт – сфера деятельности как совокупность видов спорта, сложившаяся в форме соревнований и специальной практики подготовки человека к ним), участием в любых соревнованиях, скачках, авто и мотогонках, парусных регатах, подводным плаванием с использованием дыхательных аппаратов (дайвингом) и/или длительной задержкой дыхания (фри(скин)-дайвинг), клиф и хай-дайвингом, спуском в пещеры (спелеология), скалолазанием, альпинизмом, спортивным туризмом и т.п., если дополнительный риск не был оплачен дополнительной страховой премией

6.3.17. с любыми формами полетов, в том числе полетов на безмоторных летательных аппаратах, моторных планерах, сверхлегких летательных аппаратах, прыжками и полетами на парашютах, за исключением полетов совершаемых в качестве пассажира, оплатившего проезд регулярным авиарейсом или лицензированным чартерным рейсом по установленному маршруту, если дополнительный риск не был оплачен дополнительной страховой премией;

6.3.18. с совершением или попыткой совершения Застрахованным лицом противоправных действий, вне зависимости от того повлекло это или нет, в соответствии с законодательством страны пребывания, административное взыскание или уголовное преследование в отношении Застрахованного лица;

6.3.19. с использованием любых транспортных средств, приводимых в движение механической установкой, в случае управления данным транспортным средством лицом, не имеющим прав на управление транспортными средствами подобного типа (водительские права определенной категории, лицензия на право управления и/или аналогичный документ), если такое разрешение требуется по законодательству страны пребывания и/или страны постоянного проживания застрахованного лица, а также, если Застрахованное лицо пренебрегло и не воспользовалось средствами безопасности (защиты), как вместе, так и по отдельности, такими как: ремень безопасности, шлем, иные средства безопасности, предусмотренные правилами эксплуатации транспортного средства;

6.3.20. с умышленными действиями Застрахованного лица, направленными на наступление страхового случая, с самоубийством или покушением на самоубийство; с умышленным нанесением самому себе телесных повреждений (травм);

6.3.21. с неисполнением (нарушением) Застрахованным лицом указаний/предписаний/рекомендаций государственных органов власти, местного самоуправления, спасательных служб, техники безопасности, а также подвержения себя

неоправданному риску (за исключением необходимой обороны или попытки спасти жизнь другому человеку);

6.3.22. с участием Застрахованного лица в межличностном конфликте, результатом которого явилась травма или огнестрельное (ножевое) ранение, при отсутствии полицейского протокола или в полицейском протоколе нет указания на виновную сторону;

6.3.23. с любыми последствиями войны (объявленной или необъявленной), военными действиями, маневрами или иными военными мероприятиями; службой Застрахованного лица в вооруженных силах или иных вооруженных формированиях любой страны; гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками; воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения; действиями и решениями государственных органов власти, препятствующих исполнению Страховщиком своих обязательств.

6.3.24. с применением лекарственных препаратов без назначения врача.

6.4. В соответствии с настоящей программой не признаются страховыми случаями любые события, связанные с патологическими состояниями и травмами, смертью Застрахованного лица, возникшими или полученными при употреблении алкогольсодержащих, наркотических, токсических средств и иных психоактивных веществ (наличие признаков употребления алкогольсодержащих, наркотических, токсических средств может быть отражено в медицинских заключениях/рапортах, зафиксировано в показаниях свидетелей и иных документах, относящихся к произошедшему событию), а также вследствие передачи Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, употребившему алкогольсодержащие, наркотические, токсические средства и иные психоактивные вещества или Застрахованное лицо находилось в транспортном средстве (в качестве пассажира), управление которым, осуществляло лицо, употребившее алкогольсодержащие, наркотические, токсические средства и иные психоактивные вещества.

6.5. Не является страховым случаем и не производится выплата страхового возмещения по событиям, связанным:

- с событиями, не предусмотренными настоящей программой;
- с заболеваниями и состояниями (проблемами), которые не входят в перечень и не определены в МКБ-10 - Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения;
- с требованиями Застрахованного лица (Страхователя) о возмещении морального вреда.

6.6. В соответствии с настоящими условиями не признаются страховыми случаями любые события, связанные со стоматологической помощью: с острой зубной болью, расходами на стоматологический осмотр, рентгеновское исследование, удаление или пломбирование зубов, зубопротезированием, заменой старых пломб, восстановлением разрушенной коронки зуба, манипуляциями на зубах, покрытых ортопедическими и ортодонтическими конструкциями и пр., за исключением челюстных травм, полученных в результате несчастного случая, в пределах лимита ответственности, установленного п.8.3 настоящей программы.

6.7. Не является страховыми случаями события, связанные с обращением Застрахованного лица на территории Российской Федерации в течение срока действия договора (полиса) страхования в медицинские организации при необходимости получения неотложной медицинской помощи, если таковая может быть организована по полису обязательного медицинского страхования или Страховщиком, в том числе его обособленными подразделениями, в соответствии с программой добровольного медицинского страхования.

6.8. Не является страховым случаем и не производится выплата страхового возмещения расходов на проведение поисково-спасательных работ. Поисково-спасательные работы – комплекс мероприятий, проводимых с целью определения местоположения пострадавшего, устранения возможных факторов опасности и оказание пострадавшему первой помощи, доставки пострадавшего, если он не способен

перемещаться сам, в лечебное учреждение или к месту, в котором пострадавшего может принять бригада скорой медицинской помощи, не оснащенная специальным оборудованием и/или врачами/специалистами со специальной подготовкой для проведения поисково-спасательных работ.

6.9. В соответствии со ст. 962 Гражданского кодекса РФ, Страховщик освобождается от возмещения убытков, возникших вследствие того, что Страхователь (Застрахованное лицо) умышленно не приняло разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить их размер.

Статья 7. МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ, ОПЛАЧИВАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ

При наступлении события, признанного Страховщиком страховым случаем, и обращения Застрахованного лица (его представителя) на территории страхования за получением медицинской и медико-транспортной помощи в соответствии со ст. 10 настоящей программы, Страховщик производит оплату счетов за оказанные на территории страхования Застрахованному лицу медицинские, медико-транспортные и иные услуги либо возмещает Застрахованному лицу его личные средства, израсходованные на получение медицинской/медико-транспортной помощи на территории страхования, если таковая организована Сервисной службой (Страховщиком) или согласована с Сервисной службой (Страховщиком)

Страховое покрытие включает такие виды помощи, как: экстренная стационарная помощь, включая стационарозамещающие технологии (стационар одного дня, дневной стационар), скорая и неотложная медицинская помощь, медико-транспортные услуги, амбулаторно-поликлиническая помощь - в объеме медицинских услуг, определенном пунктами 7.1 и 7.2.

7.1. Страховщик оплачивает оказание медицинских услуг, за исключением первых 50 долларов США по каждому страховому случаю (безусловная франшиза), по необходимому и оправданному лечению, при этом выбор лечебного учреждения/врача является исключительным правом Сервисной службы (Страховщика), по общепринятым тарифам, действующим на данной территории, и страховое покрытие включает оплату следующих услуг :

7.1.1. транспортировка (с учетом п. 6.8 настоящей программы) Застрахованного лица в медицинское учреждение для экстренной госпитализации (п. 1.4.9);

7.1.2. экстренная госпитализация (п. 1.4.9) Застрахованного лица, в том числе прием и консультации специалистов, диагностические лабораторные и инструментальные исследования, лечебные манипуляции и процедуры, оперативное и анестезиологическое пособие, медикаментозная терапия;

7.1.3. экстренное амбулаторное лечение (п. 1.4.7), в том числе прием и консультации специалистов, диагностические лабораторные и инструментальные исследования, лечебные манипуляции и процедуры, оперативное и анестезиологическое пособие, медикаментозная терапия;

7.1.4. один повторный амбулаторный осмотр и/или перевязка (при лечении любых ран, в т.ч. послеоперационных), снятие швов/гипса и связанный с этим контрольный осмотр;

7.1.5. необходимые лекарственные препараты, приобретенные по предписанию лечащего врача, а также, по просьбе местного лечащего врача, обеспечение Застрахованного лица, когда это возможно и разрешено законом, лекарственными препаратами, если их нельзя приобрести на месте;

7.1.6. наблюдение за состоянием Застрахованного лица в период его госпитализации (внутрибольничный контроль);

7.1.7. организация, в случае необходимости, выезда к Застрахованному лицу врача Страховщика для координации оказания медицинской/медико-транспортной помощи;

7.1.8. перемещение Застрахованного лица в другую больницу в соответствии с медицинскими показаниями для продолжения адекватного лечения под подобающим медицинским контролем;

7.1.9. эвакуация к постоянному месту жительства, при необходимости под надлежащим медицинским наблюдением (сопровождением), в случае, когда медицинское состояние Застрахованного лица объективно препятствует продолжению путешествия и/или ему требуется проведение отложенной (плановой) операции (п. 1.4.8); транспортировка осуществляется в кратчайшие сроки, как только назначенный Страховщиком врач при консультации с местным лечащим врачом определит возможность ее проведения;

7.1.10. транспортировка (оплата проезда экономическим классом) к постоянному месту жительства, если из-за госпитализации или карантинных мероприятий Застрахованное лицо не имело возможности вернуться в страну постоянного проживания в соответствии с первоначальным планом поездки; проживание Застрахованного лица и сопровождающих его лиц в стране госпитализации Застрахованного лица, а также возвращение сопровождающих лиц в страну постоянного проживания Страховщиком не покрываются, за исключением билетов экономического класса одному из родителей сопровождающему ребенку в возрасте до 16 лет;

7.1.11. репатриация тела (останков) Застрахованного лица с соблюдением всех необходимых и достаточных формальностей; конечный пункт репатриации устанавливается Страховщиком по согласованию с родственниками погибшего.

7.2. Настоящей программой также покрываются услуги:

7.2.1. Возвращение детей (до 16 лет) Застрахованного лица: в случае, если дети, находящиеся на иждивении Застрахованного лица, остаются на территории страхования без присмотра из-за болезни или несчастного случая с последним, Страховщик оплатит им проезд в страну постоянного проживания, экономическим классом, при необходимости предоставив квалифицированное сопровождение.

7.2.2. Транспорт для третьих лиц: если Застрахованное лицо окажется госпитализированным на территории страхования на семь дней и более, Страховщик оплатит родственнику Застрахованного лица (близкому человеку) авиабилет в оба конца экономическим классом для посещения больного и ухода за ним; при этом трансфер из/в аэропорт, проживание и питание этого лица в стране госпитализации Застрахованного лица Страховщиком не покрываются.

Статья 8. СТРАХОВАЯ СУММА. ЛИМИТЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ СТРАХОВЩИКА.

8.1. В соответствии с настоящей программой страховая сумма установлена:

8.1.1. Для кодировки A144PA – 50 000 долларов США.

Лимит ответственности Страховщика по медицинским услугам (п.п.7.1.1-7.1.7 настоящей программы) составляет 25 000 долларов США.

Лимит ответственности Страховщика по медико-транспортным услугам (п.п.7.1.8-7.1.11, 7.2, 7.3 настоящей программы) составляет 25 000 долларов США.

8.1.2. Для кодировки A144PB – 100 000 долларов США.

Лимит ответственности Страховщика по медицинским услугам (п.п.7.1.1-7.1.7 настоящей программы) составляет 50 000 долларов США.

Лимит ответственности Страховщика по медико-транспортным услугам (п.п.7.1.8-7.1.11, 7.2, 7.3 настоящей программы) составляет 50 000 долларов США.

8.1.3. Для кодировки A155 – 50 000 долларов США.

Лимит ответственности Страховщика по медицинским услугам (п.п.7.1.1-7.1.7 настоящей программы) составляет 25 000 долларов США.

Лимит ответственности Страховщика по медико-транспортным услугам (п.п.7.1.8-7.1.11, 7.2, 7.3 настоящей программы) составляет 25 000 долларов США.

8.1.4. Для кодировки A145 – 100 000 долларов США.

Лимит ответственности Страховщика по медицинским услугам (п.п.7.1.1-7.1.7 настоящей программы) составляет 50 000 долларов США.

Лимит ответственности Страховщика по медико-транспортным услугам (п.п.7.1.8-7.1.11, 7.2, 7.3 настоящей программы) составляет 50 000 долларов США.

8.2. Лимит ответственности Страховщика на оказание экстренной/неотложной медицинской помощи при обострении хронического заболевания, повлекшем угрозу для жизни Застрахованного лица по п.п. 7.1.1, 7.1.2, 7.1.5 настоящей программы, составляет 1000 долларов США. Услуги по п.п. 7.1.9, 7.1.11 настоящей программы покрываются Страховщиком в пределах страховой суммы (п.8.1). Расходы, превышающие и/или по не упомянутым в настоящем пункте услугам, не подлежат страховому покрытию.

8.3. Лимит ответственности Страховщика на оказание экстренной стоматологической помощи при челюстных травмах, полученных в результате несчастного случая, составляет 200 долларов США в рамках одного выезда на территорию страхования (ст.3).

8.4. Размер страхового возмещения не может превышать соответствующего лимита ответственности Страховщика. Общая сумма выплат за один или несколько страховых случаев, происшедших в период действия договора (полиса) страхования, не может превышать размера страховой суммы, указанной в п. 8.1 настоящей программы.

Статья 9. МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ, НЕ ОПЛАЧИВАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ

9.1. В соответствии с настоящей программой, по экстренной медицинской и медико-транспортной помощи не являются страховыми случаями и не подлежат страховому возмещению следующие услуги/события:

9.1.1. услуги, которые Застрахованное лицо (иное лицо, в пользу Застрахованного лица) оплатило или должно будет оплатить за медицинскую и/или медико-транспортную помощь, за исключением услуг, предусмотренных ст. 10 настоящей программы;

9.1.2. услуги по любой эвакуации и/или репатриации, не организованной или не согласованной с Сервисной службой;

9.1.3. расходы, возникшие в результате добровольного отказа Застрахованного лица (его представителей) от эвакуации в страну постоянного проживания в тех случаях, когда она разрешена по медицинским показаниям (п. 7.1.9);

9.1.4. эвакуация/репатриация в случае незначительных болезней или травм, которые, по заключению назначенного Страховщиком медицинского консультанта, при консультации с местным лечащим врачом, поддаются местному лечению и не препятствуют продолжению путешествия Застрахованного лица;

9.1.5. ангиография, оплата хирургических вмешательств на сердце и сосудах (ангиопластика, стентирование, шунтирование, аорто-коронарное шунтирование и т.п.) даже при наличии медицинских показаний к их экстренному проведению; в случае невозможности выделить из общего счета стоимость вышеуказанных манипуляций возмещению подлежит стоимость госпитализации до дня проведения вышеуказанных манипуляций;

9.1.6. косметические или пластические медицинские манипуляции (в т.ч. хирургия), проводимые с эстетической или косметической целью, или с целью улучшения психологического или физического состояния Застрахованного лица, в том числе по поводу заболевания кожи (мозоли, папилломы, бородавки и невусы, кондиломы и пр.);

9.1.7. проведение не носящих экстренного характера пластических и восстановительных операций для устранения последствий несчастного случая;

9.1.8. всякого рода протезирование, включая глазное, зубное, ортопедическое протезирование, слухопротезирование, трансплантация органов и тканей;

9.1.9. стоимость протезов, эндопротезов, имплантатов (в том числе наборов ангиографии, ангиопластики и стентирования, электрокардиостимуляторов и др.) и прочих медицинских изделий, медицинского оборудования, очковой оптики, слуховых аппаратов и медицинских изделий, предназначенных для ухода за больными (за исключением расходов на приобретение костылей и/или прокат кресла-каталки) при любых заболеваниях;

9.1.10. предоставление услуг, не являющихся экстренными (п. 1.4.7) по медицинским показаниям, проведение не носящих экстренного характера операций;

9.1.11. медицинская помощь, в которой нет экстренной необходимости с медицинской точки зрения, лечение, не назначенное врачом, обследования, анализы, прием медикаментов, выходящие за пределы необходимости и достаточности;

9.1.12. изменения по желанию Застрахованного лица, вопреки рекомендациям назначенного Сервисной службой (Страховщиком) врача, медицинских технологий, используемых при лечении, как основного заболевания, так и его осложнений (сопутствующих заболеваний);

9.1.13. диагностика и лечение «нетрадиционными» методами (методами народной медицины) – мануальная, акупунктурная и пр. терапия, иглорефлексотерапия, массаж, энергоинформатика, гирудотерапия, гомеопатия, фитотерапия, апитерапия и пр.;

9.1.14. восстановительное, реабилитационное лечение, физиотерапия (за исключением применения ингаляторов и небулайзеров при бронхообструкции), массаж, санаторно-курортное лечение, санаторный, терапевтический или попечительский уход, а также ухудшение состояния здоровья или смерть Застрахованного лица в связи с этим лечением/манипуляциями/уходом;

9.1.15. любое профилактическое обследование, общие медицинские осмотры, прививки, за исключением экстренной вакцинопрофилактики особо опасных инфекционных заболеваний – столбняк, бешенство, клещевой энцефалит и др.;

9.1.16. проведение врачебных экспертиз, лабораторных и диагностических исследований, не связанных с наступлением страхового случая;

9.1.17. услуги, расходы на которые могут быть покрыты из иных источников, в том числе по гражданской ответственности виновной стороны или на основании иных страховых полисов (в том числе пропорционального участия в убытке иного российского страховщика, регламентированное Гражданским кодексом РФ);

9.1.18. расходы на услуги немедицинского характера, например, разговоры по телефону, за исключением случаев телефонной/факсимильной связи с Сервисной службой (Страховщиком), обусловленных наступлением страхового случая;

9.1.19. предоставление дополнительного комфорта, а именно: 1-2-х местной палаты, палаты типа «люкс», телевизора, телефона, кондиционера, увлажнителя воздуха, услуг парикмахера, массажиста, косметолога, переводчика и т.п.;

9.1.20. лечение Застрахованного лица и/или уход за ним, осуществляемые его супругом(ой), родственниками, родственниками супруга(и), независимо от того, являются ли они дипломированными медицинскими работниками, а также обеспечение пребывания перечисленных в настоящем пункте лиц, обусловленное его лечением и последующим возвращением в страну постоянного пребывания;

9.1.21. оказание услуг медицинским учреждением (врачом), не имеющим соответствующей лицензии, либо если на момент оказания медицинской помощи действие лицензии было приостановлено;

9.1.22. наступление внезапного заболевания или несчастного случая, происшедшие до начала действия договора (полиса) страхования и по его истечении, до начала поездки на территорию страхования и по возвращении из нее, а также расходы, которые имели место после возвращения Застрахованного лица в страну постоянного проживания;

9.1.23. погребение;

9.1.24. иные услуги/события, не связанные с наступлением событий, предусмотренных в п.п. 6.1, 6.2 настоящей программы, и/или расходы на которые превышают объемы и лимиты, указанные в ст. 7 и 8 настоящей программы.

9.2. Страховому возмещению не подлежат установленная настоящей программой безусловная франшиза (п.п. 1.4.3, 7.1).

Статья 10. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ И МЕДИКО-ТРАНСПОРТНОЙ ПОМОЩИ. ОБЯЗАННОСТИ ЗАСТРАХОВАННОГО ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ.

10.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Застрахованному лицу (его представителю) необходимо незамедлительно, до обращения

за медицинской помощью, уведомить о произошедшем Сервисную службу по указанным в договоре (полисе) страхования телефонам для организации медицинской и/или медико-транспортной помощи и согласования расходов, связанных с ней. Координатору Сервисной службы следует сообщить следующую информацию:

10.1.1. фамилия, имя Застрахованного лица;

10.1.2. номер страхового полиса;

10.1.3. описание обстоятельств произошедшего и характер требуемой помощи;

10.1.4. местонахождение Застрахованного лица и номер контактного телефона для обратной связи.

10.2. Координатор Сервисной службы вправе запросить дополнительную информацию (паспортные данные, отметки о пересечении границы, адрес постоянного места жительства Застрахованного лица) для уточнения обстоятельств дела, предварительного определения страхового характера события и идентификации страхового полиса. Стоимость звонков в Сервисную службу и/или Страховщику, связанных с наступлением страхового случая, подлежат страховому возмещению в установленном настоящей программой порядке (ст.11). В случае необходимости по устному запросу координатора Застрахованное лицо обязано предоставить в кратчайшие сроки любым доступным средством связи (факс, интернет) копию паспорта с отметками пограничного контроля о пересечении государственных границ, копию полиса и копии документов, предусмотренных настоящей программой, имеющих отношение к определению страхового характера события.

10.3. В исключительных случаях, когда состояние здоровья Застрахованного лица не позволяет связаться с Сервисной службой (экстренная госпитализация по жизненным показаниям, травма, требующая ургентного медицинского вмешательства и т.п.) для организации медицинской и/или медико-транспортной помощи и согласования расходов, связанных с ней, Застрахованное лицо (его представитель) имеет право самостоятельно обратиться за получением такой помощи, с условием, что Застрахованное лицо (его представитель) незамедлительно, как только таковая возможность представится, проинформирует о произошедшем Сервисную службу и передаст информацию, необходимую для дальнейшего мониторинга события.

10.4. В исключительных ситуациях, по согласованию с Сервисной службой, допускается самостоятельное обращение Застрахованного лица за получением медицинской/медико-транспортной помощи и осуществление ее оплаты, с последующей (при признании произошедшего события страховым случаем) компенсацией расходов или оплатой выставленных счетов Страховщиком за оказанную медицинскую/медико-транспортную помощь. Согласование самостоятельного обращения за получением медицинской/медико-транспортной помощи не является достаточным условием выплаты страхового возмещения. Признание события страховым случаем производится только на основании представленных согласно ст. 11 настоящей программы документов.

10.5. По событиям, не являющимся страховыми случаями и расходам, которые не покрываются Страховщиком, (ст. 6, 9 настоящей программы) медицинская и/или медико-транспортная помощь может быть организована Сервисной службой при условии ее оплаты Застрахованным лицом или Страхователем.

10.6. Медицинская помощь оказывается Застрахованным лицам в соответствии с режимом работы местных лечебных учреждений/врачей и регламентом работы служб скорой помощи. Сервисная служба вправе рекомендовать Застрахованному лицу (его представителям) самостоятельно организовать экстренную медицинскую помощь по жизненным показаниям с привлечением местной медицины (службы «03», «911», «112» и т.п.) с дальнейшей организацией перевода, при наличии медицинских показаний, Застрахованного лица в одно из медицинских учреждений, соответствующих настоящей программе.

10.7. Расходы на медицинскую и/или медико-транспортную помощь, превышающие лимиты ответственности Страховщика и/или размер страховой суммы, установленные ст.

8 настоящей программы, оплачиваются Застрахованным лицом самостоятельно и не подлежат страховому возмещению.

Статья 11. ПОРЯДОК И ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

11.1. Выплата страхового возмещения осуществляется в соответствии со счетами и документами, однозначно подтверждающими наступление страхового случая и размер убытков.

11.1.1. При организации Сервисной службой медицинской/медико-транспортной помощи Застрахованному лицу оплата счетов производится непосредственно в адрес медицинского учреждения, врача, транспортной компании и пр.

11.1.2. Если Застрахованное лицо самостоятельно оплатило счета, или ему выставлен счет медицинским учреждением или врачом, за оказанную ему медицинскую/медико-транспортную помощь (п.п. 10.3, 10.4 настоящей программы), Страховщик, при признании произошедшего события страховым случаем, возместит указанные расходы (или оплатит счет) на основании письменного заявления Застрахованного лица (иного уполномоченного им лица) и оригиналов документов.

Заявление на выплату страхового возмещения должно быть подано/направлено в адрес Страховщика в соответствии с п. 4.4.9 настоящей программы.

11.2. К заявлению о выплате страхового возмещения должны быть приобщены (если документ составлен на иностранном языке, то с надлежащим образом заверенным переводом на русский язык) оригиналы, либо надлежащим образом заверенные копии следующих документов:

11.2.1. оригинал или копия договора (полиса) страхования;

11.2.2. копия документа удостоверяющего личность (паспорт; свидетельство о рождении);

11.2.3. оригиналы медицинских документов, содержащие сведения о дате обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья Застрахованного лица в момент обращения за медицинской помощью, диагнозе и о проведенных медицинских манипуляциях (предоставленных медикаментах) с перечислением оказанных услуг (предоставленных медицинских препаратах), дат их оказания и их стоимости;

11.2.4. официальный протокол или справка, подтверждающие факт несчастного случая (травмы) и обстоятельства происшествия, медицинские документы о несчастном случае;

11.2.5. документы, подтверждающие факт оплаты медицинских услуг с указанием валюты платежа;

11.2.6. документы, подтверждающие факт оплаты телефонных переговоров (факсимильного сообщения) с Сервисной службой или Страховщиком;

11.2.7. по требованию Страховщика Застрахованное лицо обязано предоставить необходимую дополнительную информацию о состоянии своего здоровья (медицинская карта амбулаторного и/или стационарного больного; первичная медицинская документация); Страховщик также имеет право самостоятельно запрашивать медицинскую документацию, необходимую для решения вопроса о выплате страхового возмещения, в любых лечебных и иных учреждениях и организациях;

11.2.8. по требованию Страховщика Застрахованное лицо обязано предоставить заграничный паспорт с отметками пограничного контроля о пересечении Государственной границы Российской Федерации и/или билеты, счета из гостиниц и аналогичные документы, подтверждающие факт нахождения Застрахованного лица на территории страхования и сроки пребывания в ее пределах.