

Страхование граждан, выезжающих с места постоянного проживания

Застрахованным может быть лицо в возрасте от 1 года до 100 лет. Для лиц моложе 3 лет, старше 65 лет и инвалидов применяются повышающие коэффициенты. Для Застрахованных, возраст которых превышает 80 лет, договор страхования в части основной программы страхования заключается только по риску посмертной репатриации (“only repatriation”). Не принимаются на страхование лица, состоящие на учете в наркологическом, психоневрологическом, туберкулезном, онкологическом, кожно-венерологическом (по поводу венерических заболеваний) диспансерах.

Объектом страхования являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской, медико-транспортной и лекарственной помощи вследствие расстройства здоровья физического лица.

Возмещение расходов производится, если они понесены вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица, произошедшего в результате:

- острого заболевания - болезни, возникшей внезапно, неожиданно и требующей неотложного медицинского вмешательства либо повлекшей смерть Застрахованного лица;
- несчастного случая – одномоментного внезапного физического воздействия различных внешних факторов (механических, термических, химических и т.д.) на организм Застрахованного лица (до нескольких часов), произошедшее помимо воли Застрахованного лица и приведшее к телесным повреждениям, нарушениям физических функций Застрахованного лица или его смерти.

Возмещение расходов может производиться оплатой услуг, оказанных в связи с наступлением страхового случая, непосредственно Застрахованному лицу после его возвращения в страну постоянного проживания или через Сервисную компанию, выполняющую обязанности аварийного комиссара и оплатившей на месте эти расходы.

Страхованием покрываются расходы, произведенные на территории страхования, указанной в Договоре страхования.

По риску «Медицинские расходы» - входят расходы на лечение, вызванное внезапным заболеванием или несчастным случаем, в том числе:

- по амбулаторному и стационарному (в палате стандартного типа) лечению (консервативное и хирургическое) в связи с ухудшением состояния здоровья по поводу внезапных острых заболеваний, травм и отравлений в результате несчастных случаев, включая расходы на врачебные консультации и услуги, на необходимые и целесообразно проведенные диагностические исследования, лабораторную диагностику, на рентгенологические исследования, процедуры, на проведение операций и иных видов хирургического вмешательства;
- по оплате назначенных врачом медикаментов (внутримышечных и/или внутривенных, использованных для купирования острого состояния), перевязочных средств, простых средств фиксации (шин, гипсовых повязок), за исключением специальных креплений, приспособлений и устройств, и вспомогательных средств;
- по оплате визита врача к Застрахованному лицу по медицинским показаниям;
- на оплату экстренной стоматологической помощи естественному зубу с обезболиванием, при острой зубной боли или разрушении (потере зуба) вследствие травм, полученных в результате несчастного случая в период действия Договора страхования, при необходимости удаление зуба в размере, не превышающем предельный размер выплат (лимит возмещения), оговоренный в Договоре страхования;

Страховщик несет расходы только в случаях экстренной/неотложной медицинской помощи, под которой понимаются случаи оказания медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента.

Самостоятельная организация медицинской помощи Застрахованным лицом или его представителем допускается только в случае нахождения лица в бессознательном состоянии, что впоследствии подтверждается выпиской из истории болезни.

По риску «Медико-транспортные расходы» - расходы, возникшие вследствие несчастного случая, внезапного острого заболевания или смерти Застрахованного лица, включая:

- по медицинской эвакуации, в том числе экстренной, на транспортировку автомашиной скорой помощи или иным транспортным средством с места нахождения или происшествия в ближайшее Медицинское учреждение или к находящемуся в непосредственной близости врачу в стране временного пребывания;

- по медицинской репатриации, в том числе экстренной: на транспортировку соответствующим транспортным средством (включая расходы на сопровождающее лицо, если такое сопровождение предписано врачом) из-за границы до места постоянного жительства Застрахованного лица или до ближайшего Медицинского учреждения по месту жительства;

- по посмертной репатриации тела Застрахованного лица, если его смерть наступила в результате страхового случая, до ближайшего аэропорта в стране постоянного проживания, включая подготовку тела и покупку необходимого для международной перевозки гроба, при этом расходы по посмертной репатриации покрываются в пределах оговоренного в Договоре страхования предельного размера выплат (лимита возмещения).

Страховая сумма – может быть выбрана по настоящей программе в USD или EURO. Если выбрана хотя бы одна страна шенгенского союза, то валюта устанавливается EURO. Страхователь может выбрать страховую сумму одно из двух значений: 35 000 или 50 000 у.е.в одной из двух указанных валют.

Франшиза – по настоящей программе не установлена.

Лимиты ответственности Страховщика – 200 у.е. в валюте Договора страхования в случае, если Застрахованное лицо либо его представитель самостоятельно произвело оплату расходов (то есть не уведомили до момента получения медицинской помощи Сервисную компанию или Страховщика о произошедшем страховом случае и не согласовали с ними самостоятельную оплату расходов).

Для компенсации расходов, понесенных во время нахождения за рубежом, Страхователь обязан представить Страховщику документы, подтверждающие произведенные расходы: страховой полис; документ, удостоверяющий личность; загранпаспорт с отметками о пересечении границы РФ; оригиналы медицинских документов и справки-счета из Медицинского учреждения (на фирменном бланке или с соответствующим штампом) с указанием фамилии, имени пациента, даты рождения, номера полиса, полного диагноза, состоянии здоровья Застрахованного лица в момент обращения за медицинской помощью, даты обращения за медицинской помощью, продолжительности лечения, перечнем оказанных услуг с разбивкой их по датам и стоимости, итоговой суммы к оплате, или медицинские документы о несчастном случае; оригинал направления врача на прохождение лабораторных исследований и счет лаборатории с разбивкой по датам, наименованию и стоимости оказанных услуг; документы, подтверждающие факт оплаты за лечение, медикаменты и прочие услуги (штамп об оплате, расписка в получении денег и все подтверждения банка о перечислении суммы); официальный протокол или справка, подтверждающие факт несчастного случая или травмы и обстоятельства происшествия; счета суточных расходов за пребывание в больнице с указанием дня поступления в больницу и выписки из нее; билеты и иные транспортные документы; при наступлении смерти: свидетельство ЗАГСа о смерти и Медицинское свидетельство о смерти с указанием причины наступления смерти, документы, удостоверяющие вступление в права наследования (право выгодоприобретателя получить страховое возмещение); квитанционный материал в связи с эвакуацией (репатриацией).

Заявление и документы, указанные в настоящем разделе, должны быть представлены Страховщику в течение 30 календарных дней с момента окончания срока страхования, в течение которого произошел страховой случай (с приложением переводов оригиналов документов, составленных на ином, чем русский и английский языки).

Для возмещения расходов Страховщик принимает только оплаченные счета.

В случае если вышеуказанные затраты Страхователя (Застрахованного лица) превысили сумму самостоятельной оплаты расходов в размере 200 условных единиц в валюте Договора страхования (1 условная единица (у.е.) = 1 доллар США(USD)/1 евро (Euro)), и Застрахованное лицо либо его представитель не уведомил Сервисную компанию или Страховщика о произошедшем страховом случае и не согласовал самостоятельную оплату расходов, Страховщик вправе ограничить страховую выплату суммой 200 у.е. в валюте Договора страхования, если иные условия не предусмотрены Договором страхования.

Получение Застрахованным лицом помощи и иных услуг без предварительного согласования со Страховщиком (Сервисной компанией) или в нарушение его указаний дает Страховщику право рассчитывать возмещение на основании затрат, которые были бы понесены при организации помощи (услуг) Страховщиком (Сервисной компанией) по критерию наименьшей затратности с учетом особенностей конкретного случая.

Остальные условия страхования изложены в Правилах комбинированного страхования граждан, выезжающих с места постоянного проживания.