

## ÁLLANDÓ LAKÓHELYÜKET IDEIGLENESEN ELHAGYÓ BIZTOSÍTOTTAK EGÉSZSÉGÜGYI KÖLTSÉGEIVEL KAPCSOLATOS BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZAT

1. Általános rendelkezések
2. A biztosítás alanya.
3. A biztosítás tárgya.
4. Biztosítási kockázatok. Biztosítási esetek.
5. Biztosítási összeg. Franchise. Biztosítási tarifa. Biztosítási prémium.
6. Biztosítási szerződés megkötése, teljesítése és felbontása.
7. A Biztosító és a Biztosított jogai és kötelezettségei, valamint kölcsönös kapcsolatuk a káreset bekövetkezése során.
8. Kártérítés összegének meghatározása és a biztosítási összeg kifizetésének rendje.
9. Biztosítási összeg kifizetésének elutasítása.
10. Vitás kérdések rendezése.

### 1. Általános rendelkezések

1.1. Jelen szabályzat az Orosz Föderáció jogszabályainak megfelelően készült, és a Biztosítási Felügyelőség által kiadott biztosítási engedéllyel rendelkező Biztosító és a Szerződő a biztosítási szerződés alapján lehetséges azon veszteségek biztosításával kapcsolatos viszonyát szabályozza, melyek a Biztosított állandó lakhelyén kívüli ideiglenes tartózkodása idején merülhetnek fel

1.2. A biztosítási szerződésnek megfelelően, a Biztosító köteles a szerződésben megállapított összeg fejében (biztosítási prémium) a szerződésben meghatározott esemény bekövetkezése során (biztosítási esemény) megtéríteni a másik fél részére (Szerződő), vagy akinek a javára kötötték meg a szerződést (Biztosított személynek, Kedvezményezettnek) az ezen esemény során a biztosítás tárgyában keletkezett veszteségeket a szerződésben megállapított összeg (biztosítási összeg) határain belül.

1.3. Jelen szabályzat feltételei szerint kötött biztosítási szerződés esetében a szabályzat feltételei a biztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik.

A biztosítási szabályzatban feltüntetett feltételek, amelyek nincsenek benne a biztosítási szerződés szövegében (biztosítási kötvényben), csak abban az esetben kötelezőek a Szerződő (Biztosított személy, Kedvezményezett) számára, ha a biztosítási kötvényben kifejezetten fel van tüntetve a biztosítási szabályzat használata és maga a szabályzat a szerződéssel együtt egy dokumentumban található, vagy csatolva van hozzá. Ez utóbbi esetben a szabályzat átadása a Szerződőnek a szerződéskötés során a szerződésben írásban rögzítésre kerül.

### 2. A biztosítás alanyai

2.1. A biztosítás alanyai a Biztosító, a Szerződő, a Biztosított, és a Kedvezményezett. A szerződés felei a Szerződő és a Biztosító.

2.2. A Biztosító - az Orosz Föderáció Biztosítási Felügyelősége által kiadott biztosítási engedéllyel rendelkező «LEXGARANT» Zártkörű Biztosítási Részvénytársaság.

2.3. Szerződő – jogi vagy természetes személy, aki megkötö a Biztosítóval a biztosítási szerződést.

A Szerződőnek jogában áll harmadik személy – a Biztosított – javára biztosítási szerződés kötni.

Jelen szabályzat értelmében a Biztosított személy csak természetes személy lehet.

Abban az esetben, ha a Szerződő természetes személy saját vagyoni értékeire kötött biztosítási szerződést, akkor ebben az esetben egyidejűleg ő a Biztosított is.

2.4. Kedvezményezett – egy vagy több természetes és/vagy jogi személy, akiknek a javára a biztosítási szerződést kötötték, és a biztosítási összeg felvételére jogosult.

2.5. Ha a biztosítási szerződés másként nem rendelkezik, biztosítást nem igényelhetnek:

- I és II csoportú mozgássérültek;
  - olyan személyek, akiknek orvosilag ellenjavallt az utazás.
- gyermekek 3 éves korig.

2.6. 65 éves kor feletti személyek biztosítása esetében a Biztosítónak jogában áll az alaptarifa magasabb szorzótényezőt használni.

2.7. Jelen szabályzat értelmében közeli rokonoknak számítanak az apa, anya, gyerekek (ezen belül az örökbe fogadott gyerekek is), feleség (férj), valamint az édes testvérek.

### 3. Biztosítás tárgya

3.1. A biztosítás tárgyát képezik a Szerződőnek (Biztosított személynek) olyan, az Orosz Föderáció törvényeivel nem ütköző, vagyoni értékei érdekeivel kapcsolatos károk és veszteségek, melyek a Szerződő (Biztosított személy, Kedvezményezett) életének, egészségének, vagyonának, vagy vagyoni érdekeinek károsodása során keletkeztek a szerződésben feltüntetett olyan időpontban, amikor az állandó lakhelyének határain kívül, vagy a biztosítási szerződésben feltüntetett ország területén tartózkodott.

### 4. Biztosítási kockázatok. Biztosítási esetek

4.1. Biztosítási kockázatoknak tekintjük azon feltételezett eseményeket, melyek esetleges bekövetkezése esetére kötjük meg a biztosítást.

A biztosítási kockázatként vizsgált eseménynek rendelkeznie kell a véletlen bekövetkezés lehetőség jellemzőivel.

A biztosítási szerződés értelmében a Biztosító biztosítási védelmet nyújt a Szerződőnek (Biztosított személynek) a következő költségekkel járó kockázatok esetén:

- hirtelen megbetegedés<sup>1</sup>, baleset<sup>2</sup>, elhalálozás;

Biztosítási esetnek tekintendő a biztosítási szerződés szerinti minden olyan esemény, melynek bekövetkeztével a biztosító köteles kártérítést fizetni a Szerződőnek (Biztosított személynek, Kedvezményezettnek).

A Biztosítási szabályzat alapján kötött biztosítási szerződés értelmében biztosítási eseménynek tekintjük a következőket:

4.2. Azon felmerülő költségeket, melyek a Szerződő (Biztosított személy) hirtelen megbetegedésével<sup>1</sup>, balesetével<sup>2</sup>, valamint elhalálozásával kapcsolatosak, feltéve, hogy az említett események abban az időben történtek, amikor a Szerződő (Biztosított személy) állandó lakhelyének határain kívül, vagy a biztosítási szerződésben feltüntetett ország területén tartózkodott.

A Biztosító a szükséges intézkedéseket megszervező és végrehajtó szolgáltató társaságoknak<sup>3</sup>, vagy, amennyiben ezt a biztosítási szerződésben meghatározták, közvetlenül a Szerződőnek (Biztosított személynek) fizet, az alábbi kiadásokat bizonyító dokumentumok bemutatása esetén:

#### a) Orvosi költségek

- járó beteg, ill. kórházi kezelés (szabványos típusú kórteremben), beleértve a műtéti beavatkozást, diagnosztikai vizsgálatokat, valamint az orvos által felírt gyógyszerek, kötszerek és egyéb rögzítő elemek, (pl.

<sup>1</sup> «váratlan megbetegedések» - az a megbetegedés, mely váratlanul lépett fel a biztosítási szerződés érvényessége idejében és sürgős orvosi ellátást igényel.

<sup>2</sup> «baleset» ( jelen szabályzat szerint) – külső tényezők okozta hatás, aminek jellegét, idejét és helyét egyértelműen meg lehet határozni, valamint a Biztosított akaratától függetlenül történt, testi sérülésekhez, a szervezet működésének változásaihoz vezet vagy halált okoz. A balesetekhez a következő külső tényezők hatásai tartoznak: spontán természeti jelenségek, robbanás, égési sérülés, fagyási sérülések, fulladás, áramütés, villámcsapás, napszúrás, gonosztevők vagy állatok támadása, valamilyen tárgy, vagy maga a Biztosított elesése, hirtelen fulladás, idegen tárgy bejutása a légutakba, vegyszermérgezés, nem megfelelő minőségű élelmiszerek, vagy mérgező növények okozta akut mérgezés, valamint szállítóeszközök használata, vagy szerencsétlensége, gépek, egyéb szerkezetek, fegyverek és mindenféle szerszám használata közben szerzett sérülések.

<sup>3</sup> Szolgáltató társaság – a Biztosítottnak a Biztosítási szerződésben (kötvényben) feltüntetett cége, mely a Biztosító megbízásából éjjel-nappal biztosítja a jelen szabályzat által előírt szolgáltatások megszervezését.

egyszerű orvosi sín és gipszkötés, kivéve a speciális rögzítő elemek, eszközök és berendezések) és egyéb, egyértelműen az alapbetegséggel kapcsolatos kiegészítő eszközök költségei

- a fogászati kezelésnél csak az akut fájások vagy balesettel kapcsolatos kezelés költségei a biztosítási szerződésben feltüntetett keretösszegig.

*b) Egészségügyi szállítási költségek:*

- keresés, mentés (szállítás mentőautóval vagy egyéb szállítási eszközzel) a baleset helyszínéről a legközelebbi egészségügyi létesítménybe vagy az ideiglenes tartózkodási helyen lévő legközelebbi orvoshoz;

- az ideiglenes helyről való sürgősségi orvosi hazaszállítás szállítási eszközzel - beleszámítva a kísérő személy szállításának költségeit (ha a kíséret orvosi javaslatra történik) - az állandó lakhely legközelebbi nemzetközi repülőterére (külföldi utazás esetében), vagy a legközelebbi repülőtérre, vasúti csomópontoz (az OF vagy FÁK területén történő utazás esetében), valamint abban az esetben, ha a megfelelő orvosi ellátás nem megoldható. Sürgősségi orvosi hazaszállítás csak abban az esetben történik, ha annak szükségességét a Szolgáltató társaság orvosa megerősíti a helyi kezelőorvos dokumentációja alapján és amennyiben nincs orvosi ellenjavallat;

- az ideiglenes helyről való orvosi hazaszállítás az állandó lakhely legközelebbi nemzetközi repülőterére (külföldi utazás esetében), legközelebbi repülőtérre, vasúti gócpontoz (az OF vagy FÁK területén történő utazás esetében), amikor a kórházi kezelés költségei meghaladhatják a biztosítási szerződésben megállapított keretet. Az orvosi hazaszállítás csak abban az esetben történik, ha annak orvosi ellenjavallata nincs.

*c) Szállítási költségek:*

- utazás az állandó lakhely legközelebbi nemzetközi repülőterére (külföldi utazás esetében), vagy a legközelebbi repülőtérre, vasúti gócpontoz (az OF vagy FÁK területén történő utazás esetében), turistaosztályon egy irányban (utazási költség a közvetlen repülőtérig, illetve állomásig), ha a kiutazás biztosítási esemény miatt nem történt meg a Szerződő (Biztosított személy) úti okmányában szereplő napon, mivel a biztosítási esemény bekövetkezte magával vonta a Szerződő (Biztosított személy) kórházi kezelésének szükségességét. A Szerződő (Biztosított személy) köteles minden tőle telhetőt megtenni, hogy visszaszolgáltassa (leadja) a fel nem használt úti okmányokat a Szolgáltató társaságnak. Ha a Szerződő (Biztosított személy) nem tartja be ezt a feltételt, a Biztosítónak jogában áll levonni a kártérítés összegéből a fel nem használt úti okmányok árát;

- egyirányú turistaosztályon történő utazás a Szerződővel (Biztosított személlyel) együtt utazó 15 év alatti gyermekek részére, a legközelebbi nemzetközi repülőterére (külföldi utazás esetében), vagy a legközelebbi repülőtérre, vasúti gócpontoz (az OF vagy FÁK területén történő utazás esetében), amennyiben a gyermekek felügyelet nélkül maradtak, mivel a Biztosított személlyel biztosítási esemény történt. Szükség esetén a Biztosító fizeti a gyerekek kíséretét is.

- A Biztosított egyik közeli rokonának utazását oda-vissza turistaosztályon abban az esetben, ha az egyedül utazó Szerződőnek (Biztosított személynek) kórházi ellátása meghaladja a 15 (tizenöt) napot;

- Szerződő (Biztosított személy) poggyászána szállítása;

A szállítás módját és útvonalát a Szolgáltató társaság határozza meg az orvosi javaslatok figyelembe vételével. Ezzel egyidejűleg a Biztosító nem vállalja a felelősséget arra az esetre, ha a szállító nem tartja be a menetrendet.

*d) Földi maradványok hazaszállításának költségei:*

- földi maradványok hazaszállításával kapcsolatos - a Biztosítóval egyeztetett - költségek a legközelebbi nemzetközi repülőtérre (külföldi utazás esetében), vagy legközelebbi repülőtérre, vasúti gócpontoz (az OF vagy FÁK területén történő utazás esetében), ahol a szállítás a Szerződő (Biztosított személy) állandó lakóhelyére történik.. Ezek a költségek a test hazaszállításának szervezését, a földi maradványok a nemzetközi szállításához szükséges felkészítését és koporsó vásárlását tartalmazzák. A Biztosító azonban nem téríti a temetkezési szolgáltatásokat a Szerződő (Biztosított személy) állandó lakhelyének országában.

- a holttestet kísérő biztosított családtagok szállításával kapcsolatos költségek, abban az esetben, ha nem tudják felhasználni a visszatéréshez az eredetileg számukra nyújtott szállítási eszközöket.

## **5. Biztosítási összeg. Franchise. Biztosítási tarifa. Biztosítási prémium.**

5.1. Biztosítási összeg – a biztosítási szerződésben megállapított pénzösszeg, melynek alapján kiszámítják a biztosítási díjat (biztosítási befizetéseket) és a biztosítási esemény bekövetkeztével esedékes biztosítási kifizetéseket (biztosítási kártérítést).

A biztosítási összeg orosz rubelben van megállapítva. A Felek megegyezésével a biztosítási szerződésben a biztosítási összegek fel lehetnek tüntetve más ország ekvivalens összegében is.

5.2. A biztosítási díj az az összeg, amit a Szerződő köteles a Biztosítónak a biztosítási szerződésben meghatározott rendben és határidőkben kifizetni.

5.3. A Szerződő befizetheti a biztosítási díjat átutalással vagy készpénzben (rubelben) egy összegben az egész biztosítási időszakra, ha a Biztosítási szerződés nem ír elő mást.

5.4. A Biztosítási szerződésben a felek fel tudják tüntetni a franchise mértékét – a Biztosító által nem visszatérítendő veszteséget.

Abban az esetben, ha a biztosítási szerződésben nincs feltüntetve a franchise fajtája, akkor a feltétel nélküli franchise vélelmezhető.

## **6. Biztosítási szerződés megkötése, teljesítése és felbontása**

6.1. A Biztosítási szerződés megkötéséhez a Szerződő szóbeli, vagy írásos kérvényt nyújt be.

A Biztosítási szerződés megkötésének tényét a biztosítási kötvény (igazoló vény) erősíti meg, melyet a Biztosító ad át a Biztosítottnak, mellékelve a Biztosítási szabályzatot.

A Szerződő (Biztosított személy) a biztosítási kötvény átvételével beleegyezik a biztosítási szerződés megkötésébe jelen feltételek alapján (az ФЗ- №152-nek megfelelően, mely a «Személyes adatokat» foglalja magában). Ezzel egyidejűleg hozzájárul a biztosítási szerződésben (kötvényben) és egyéb dokumentumokban szereplő személyes adatainak feldolgozásához (beleértve minden cselekményt a Törvény 3. paragrafusa értelmében), a biztosítási szerződés megfelelő teljesítésének céljából. Az adatok felhasználhatóak a szolgáltatás nyújtása, a szervezés, a biztosítási szerződés érvényessége alatt és még további 5 évig a szerződés érvényességének letelte után. Ezt a beleegyezést a Szerződő (Biztosított személy) visszavonhatja a Biztosítónak küldött megfelelő írásos nyilatkozat elküldésével.

6.2. A Biztosítási szerződés a Szerződő (Biztosított személy) orvosi vizsgálata nélkül kerül megkötésre.

6.3. A biztosítási esemény bekövetkeztével a Szerződő (Biztosított személy) felmenti a Biztosítóval szemben az orvosi intézmények orvosait a titoktartás kötelezettsége alól azon résszel kapcsolatosan, amely közvetlenül a biztosítási eseményt érinti.

6.4. A Biztosított köteles értesíteni a Biztosítót az állandó lakhelyének elhagyása dátumáról. Ebben az esetben a felek közös megegyezésével a biztosítás időtartama változhat.

6.5. Ha a biztosítási szerződés nem rendelkezik másként, az utazás kezdete előtt elveszett biztosítási szerződés (kötvény) a Szerződő bejelentése alapján pótolható, a Biztosító másolatot állíthat ki, amennyiben a Szerződő megtéríti a Biztosítónak a kapcsolódó költségeket.

6.6. Az állandó lakhelyüket elhagyó személyek biztosítási szerződése olyan időtartamra köthető, amennyi időre a Szerződő (Biztosított személy) elhagyja állandó lakhelyét, (külföldön, vagy az OF területén szándékozik tartózkodni - azon állampolgárok részére, akik ideiglenesen tartózkodnak az OF területén és azon állampolgárok részére, akik az OF területére utaznak be), de nem több mint 1 (egy) évre, ha a Biztosítási szerződés nem rendelkezik másként.

A Biztosítási szerződés megköthető:

- egyetlen (egyszeri) utazásra;
- meghatározott időtartamra, amelyen belül korlátlan számú utazás engedélyezett (feltüntetve a biztosítási szerződésben a biztosítás időtartamát, amely maximálisan 1 év).

6.7. Ha a biztosítási szerződés nem rendelkezik másként, a biztosítási szerződés a Szerződő részére előírt biztosítási díj befizetése után lép érvénybe, de csak a Biztosítási szerződésben kezdőnapként feltüntetett naptól kezdve.

A kifizetés napjának számít:

- átutalásos elszámolás esetén - az a nap, amikor a Biztosító a biztosítási díjat bankszámláján jóváírják
- készpénzes elszámolás esetén - az a nap, amikor a biztosítási díj a Biztosító pénztárába, vagy képviselőnek részére befizetésre kerül.

A biztosítási szerződés aznap 24:00 órakor veszti érvényességét, amely nap a fenti szerződésben az érvényesség befejezésének dátumaként szerepel.

6.8. Minden kockázatra (kivéve a jelen Szabályzat. 4.3. és 4.4. pontjaiban feltüntetett kockázatok), a biztosítás attól a perctől kezdődik, amikor a Szerződő (Biztosított személy) átlépi az utazás célját képező ország határát, és abban a pillanatban ér véget, amikor külföldről visszatérve belép az országba, de nem később, mint a biztosítási kötvényben feltüntetett érvényesség befejezésének dátuma (24.00 órakor).

Abban az esetben, ha a biztosítás az állandó lakhelyen túli utazásra szól, de az OF határain belüli biztosítás, a biztosítás akkor kezdi érvényességét, amikor a Szerződő (Biztosított személy) elhagyja az állandó lakhelytől számított 100 km-es jelzést, ha a Biztosítási szerződés nem rendelkezik másként.

6.9. A Biztosítási szerződés érvényességét veszti:

6.9.1. amikor lejár az érvényességi ideje;

6.9.2. abban az esetben, ha a Biztosító teljes mértékben teljesítette szerződésbeli kötelezettségeit;

6.9.3. A Szerződő, mint jogi személy felszámolása, vagy a Szerződő (Biztosított személy), mint magánszemély halála esetén;

6.9.4. A Biztosító felszámolása az Orosz Föderáció jogszabályainak értelmében, kivéve a biztosítási portfólió átadásának esetén;

6.9.5. A felek közös megegyezésével.

6.10. A Biztosítottnak (Biztosított személy) jogában áll bármikor lemondani a biztosítási szerződésről, de csak abban az esetben, ha a lemondás időpontjára a biztosítási esemény bekövetkezésének lehetősége nem szűnt meg egyéb okból, mint maga a biztosítási esemény.

Amennyiben a Szerződő (Biztosított személy) határidő előtt felmondja a biztosítási szerződést, a Biztosító nem fizeti vissza a biztosítási díjat, ha a biztosítási szerződés másként nem rendelkezik.

6.11. A biztosítási szerződés abban az esetben veszti érvényességét a szerződésben megállapított határidő előtt, ha az érvénybe lépése után a biztosítási esemény bekövetkezésének esélye és a biztosítási kockázat létezése megszűnt és nem a biztosítási esemény körülményei okán.

Ha a biztosítási szerződés a biztosítási eseménytől eltérő körülmények miatt idő előtt megszűnik, úgy a Biztosítónak joga van időarányosan a biztosítási díj azon részére, mely időszak alatt a biztosítás érvényes volt, ezen kívül az üzletviteli költségek megtérítésére 15% mértékben.

6.12. A Biztosítónak jogában áll a biztosítási szerződés felbontását követelni abban az esetben, ha a Szerződő nem teljesíti azon kötelezettségeit, miszerint a Biztosítót értesíteni kell minden olyan jelentős, a biztosítás körülményeit érintő változásról, melyek eltérnek a szerződéskötés pillanatában a Biztosítónak megadottaktól, és ha ezek a változások jelentős hatással vannak a biztosítási kockázat növekedésére.

A fenti okok miatt bekövetkező idő előtti szerződésfelbontás során a Biztosítónak jogában áll a Szerződőtől a szerződés felbontásával kapcsolatos veszteségeinek megtérítését követelni.

6.12.1. A Biztosítónak nincs jogában követelni a biztosítási szerződés felbontását, ha megszűntek azok a körülmények, melyek következtében a biztosítási kockázat megnőtt.

6.13. A Biztosítónak jogában áll követelni a biztosítási szerződés érvénytelenítését és az Orosz Föderáció jogszabályai értelmében alkalmazni annak következményeit, amennyiben a szerződéskötés után derül ki az a tény, hogy a Szerződő (Biztosított személy) a biztosítási szerződés megkötésekor hamis információt ad meg olyan körülményekről, amelyek jelentősen befolyásolják a biztosítási esemény bekövetkezése lehetőségének megállapítását.

6.14. A Biztosítási szerződés a megkötése pillanatától érvénytelen abban az esetben, ha a szerződést a biztosítási esemény időpontjának bekövetkezése után kötötték meg. A szerződés érvénytelenítésének következménye a kártérítés.

6.15. A Szerződő részére biztosítási díj visszatérítendő részét a Biztosító az idő előtti biztosítási szerződés (kötvény) felbontásáról szóló megegyezés aláírásának dátumától számítva 5 (öt) munkanap alatt téríti vissza a Biztosítottnak

## **7. A Biztosító, Biztosított jogai és kötelezettségei. A Biztosító és Biztosított kapcsolata a biztosítási esemény bekövetkezése során**

7.1. A Biztosítónak jogában áll:

7.1.1. Ellenőrizni a Szerződő (Biztosított személy) által szolgáltatott információkat, valamint a biztosítási szerződés követelményeinek teljesítését.

7.1.2. Önállóan megvizsgálni a biztosítási események okait és körülményeit, szükség esetén olyan adatokat bekérni az illetékes hatóságoktól, orvosi intézményektől, szolgáltató társaságoktól, melyek rendelkeznek a bekövetkezett eseménnyel kapcsolatos információkkal.

7.2. A Szerződőnek jogában áll:

7.2.1. Követelni a Biztosítótól a Biztosítási szerződéssel kapcsolatos kötelezettségek teljesítését.

7.2.2. A Biztosítóval egyeztetve megváltoztatni a biztosítási szerződés feltételeit a biztosítási összeg és biztosítási időszak növelésével kapcsolatosan.

7.2.3. Másolatot kapni az eredeti kötvényről annak elvesztése esetén.

7.2.4. Felmondani a biztosítási szerződést a biztosítandó utazás megkezdéséig.

7.2.5. Olyan, a Biztosító pénzügyi stabilitását érintő információt kapni, amely nem minősül üzleti titoknak.

7.3. A Biztosító köteles:

7.3.1. Átadni a Biztosítottnak a szabályzatot.

7.3.2. Kiadni a Biztosítottnak a biztosítási szerződést (kötvényt).

7.3.3. Nem hozhatja nyilvánosságra a Szerződő (Biztosított személy) adatait, egészségügyi és vagyoni helyzetét.

7.3.4. Betartani az adott szabályzat és a biztosítási szerződés feltételeit.

7.4. Szerződő (Biztosított személy) köteles:

7.4.1. A Biztosítási szerződés megkötésekor tájékoztatni a Biztosítót azon körülményekről, melyek jelentőséggel bírnak a biztosítási esemény bekövetkezése valószínűsítésében.

7.4.2. Befizetni a biztosítási díjat a biztosítási szerződésben (kötvényben) feltüntetett mértékben és határidőben.

7.4.3. Külföldi utazás esetében betartani az ideiglenes tartózkodóhely országába való belépés szabályait, az ideiglenes tartózkodóhely országából való kilépés és ott tartózkodás szabályait, valamint az átutazó országokban betartani az ideiglenes tartózkodóhely országának jogszabályát, a személyes biztonság szabályait és biztosítani a bebiztosított poggyásza (személyes tárgyai) épségét.

7.4.4. A veszteség mértékének maximális csökkentése érdekében lépéseket tenni.

7.4.5. Olyan kellő óvatossággal és elővigyázatossággal cselekedni, mintha érdekei nem lennének bebiztosítva.

7.4.6. Betartani az adott szabályzat és biztosítási szerződés (kötvény) feltételeit.

7.5. A biztosítási esemény jellemzőivel rendelkező esemény bekövetkezésekor, a jelen szabályzat 4. 2. pontja értelmében

7.5.1. A Szerződő (Biztosított személy) köteles-ha a biztosítási szerződés nem rendelkezik másként-biztosítási esemény bekövetkezése után közvetlenül a Biztosító Szolgáltató Társaságához fordulni telefonon (a biztosításban feltüntetett telefonszámon), tájékoztatni a diszpécst a történekről, a biztosítási szerződés (kötvény) adatairól, részletes leírást adni a körülményekről és az igényelt segítség jellegéről, valamint tudatni a

tartózkodási helyét és telefonszámát. Ha a jelen pontban feltüntetett követelmények nem teljesülnek, a Biztosítónak jogában áll elutasítani a biztosítási kártérítés kifizetését. A Szolgáltató társasággal (vagy Biztosítóval) történő megbeszélések költségeit a Szerződő (Biztosított személy) részére a Biztosító téríti, amennyiben a Szerződő bemutatja a költségeket alátámasztó bizonylatokat. A Biztosító az első megkeresés költségeit téríti meg, ha csak az ismételt megkeresés nem volt indokolt és megalapozott.

7.5.2. A Biztosító vagy a Szolgáltató társaság az információ kézhezvételét követően megszervezi Szerződő (Biztosított személy) részére a szükséges szolgáltatásokat írva a Biztosítási szerződés alapján, valamint kifizeti a Szerződőnek (Biztosított személynek) a Biztosítási szerződés (kötvény) által előírt költségeket.

A Szolgáltató társaság előírásának megalapozatlan elutasítása, jelen Szabályzat keretein belül, olyan körülménynek minősül, mely azt tanúsítja, hogy a Szerződő (Biztosított személy) nem tett meg minden erőfeszítést ahhoz, hogy csökkentse a lehetséges károk mértékét.

A Biztosító mentesül a kártérítéstől abban az esetben, ha a biztosított tudatosan nem tette meg az ésszerű és a számára elérhető intézkedéseket ahhoz, hogy a lehetséges veszteségeket csökkentse (az Orosz Föderáció Polgári Törvénykönyvének 962 paragrafusa).

7.5.3. A Szerződő (Biztosított személy) önállóan is fordulhat segítségért a legközelebbi egészségügyi intézménybe, abban az esetben, ha nem tud kapcsolatba lépni a Biztosítóval vagy a Szolgáltató társasággal, valamint abban az esetben, ha a Biztosítási szerződés (kötvény) nem írja elő, hogy kötelező a Szolgáltató társasághoz fordulni.

Abban az esetben, ha a Szerződő (Biztosított személy) önállóan fedezte a biztosítási eseménnyel kapcsolatban felmerült költségeket, visszatérése után a biztosítási szerződés érvényességének végétől számított legkésőbb 30 (harminc) naptári napon belül be kell jelentenie a történeteket a Biztosítónak és benyújtani a következő dokumentumok eredeti lefordított példányát:

- kérvény a költségek megtérítésére, annak megindokolásával, hogy miért nem fordult a Szolgáltató társasághoz a szükséges orvosi ellátás megszervezéséért;

- Biztosítási szerződés (kötvény);

- az egészségügyi intézmény eredeti igazolásai és számlái (fejléces papíron és/vagy a megfelelő pecséttel ellátva) feltüntetve a páciens vezetéknevét, nevét, diagnózist, az orvosi ellátásért fordulás dátumát, a gyógykezelés időtartamát, az adott szolgáltatások listáját időpontokra és költségekre lebontva és az teljes fizetendő összeget;

- az adott betegséggel kapcsolatosan az orvos által felírt receptek, a gyógyszertár bélyegzőjével ellátva és minden vásárolt gyógyszer árát külön feltüntetve;

- az orvos által laboratóriumi vizsgálatok elvégzésére szóló beutaló és a laboratórium számlája, a szolgáltatások dátumainak, megnevezésének és árának részletes feltüntetésével;

- a gyógykezelés, gyógyszerek és egyéb szolgáltatások kifizetésének tényét alátámasztó dokumentumok (bélyegző a kifizetés bizonylatául vagy banki bizonylat az összeg átutalásáról).

## **8. A kártérítés összegének megállapítása és a biztosítási összeg kifizetésének rendje**

8.1. Miután a Biztosító megkapta az összes szükséges dokumentumot és információt a bekövetkezett eseménnyel kapcsolatban, vizsgálatot végez azzal a céllal, hogy elismerje az eseményt biztosítási eseményként, valamint döntést hozzon a biztosítási összeg kifizetéséről vagy annak elutasításáról.

A Biztosító a Szerződő (Biztosított személy), a Szolgáltató társaság és az egészségügyi intézmény által benyújtott kérvény és dokumentumok, valamint az önállóan beszerzett információk és dokumentumok alapján (abban az esetben, ha a Biztosító és a Szerződő (Biztosított személy) között nem áll fenn peres ügy), összeállítja a biztosítási jegyzőkönyvet, melyben feltünteti a biztosítási esemény körülményeit és a Szerződőnek (Biztosított személynek), a Szolgáltató társaságnak és az egészségügyi intézménynek kifizetendő biztosítási összeg méretét.

A Biztosítási jegyzőkönyv nem kerül kiállításra abban az esetben, ha a Szerződő (Biztosított személy) kérvénye, a Szolgáltató társaság és az egészségügyi intézmények által beszolgáltatott dokumentációk ellenőrzése során bebizonyosodik az a tény, hogy a bejelentett költségek és károk nem biztosítási esemény következtében léptek fel. Ebben az esetben egy kötetlen formájú dokumentumot állítanak ki, melyben feltüntetik azon okokat, amik miatt a bekövetkezett eseményt nem nyilvánították biztosítási eseménynek és a kifizetés elutasításáról szóló határozatot. Ezt határozatot a Szerződő (Biztosított személy) 15 (tizenöt)

munkanapon belül írásban kapja meg attól a naptól számítva, amikor a Biztosító megkapta az összes szükséges dokumentumot a biztosítási esemény körülményeiről.

8.2. Abban az esetben, ha a Biztosító és a Szerződő (Biztosított személy) között bírósági eljárás van folyamatban, a biztosítási összeg mértékét a bíróság állapítja meg, a Biztosító Biztosítási szerződése szerinti felelőssége mértékének figyelembe vételével a biztosítási összeg keretén belül.

8.3. A Szerződő (Biztosított személy) részére a biztosítási összeg kifizetése 15 (tizenöt) munkanapon belül történik, attól a naptól számítva, amikor a Biztosító megkapta az összes szükséges dokumentumot a biztosítási esemény körülményeiről, ha a Biztosítási szerződés másként nem rendelkezik.

Devizában kötött biztosítás esetén a kártérítést rubelben fizetik ki az OF KB a biztosítási esemény bekövetkeztének napjára érvényes devizaárfolyama szerint.

8.4. Jelen Szabályzat 4. 2. pontjában leírt biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a felé benyújtott, a káresemény bekövetkezését és a károk mértékét igazoló számláknak és dokumentumoknak alapján megállapítja a kártérítés összegét a Biztosítási szerződés keretösszegének megfelelően:

8.4.1. Orvosi költségek:

- az egészségi állapot a biztosítási esemény következtében fellépő romlásával (akut megbetegedések, sérülések és akut mérgezések) kapcsolatos járóbeteg-ellátás;
- fogászati kezelés akut fogfájás és baleset következtében történt fogtörés (elvesztése) esetén fájdalomcsillapító felhasználásával;
- kötszerek, egyszerű rögzítő sínek és gipszkötés (kivételt képeznek a speciális rögzítések, berendezések és készülékek), valamint kisegítő eszközök;
- elengedhetetlen és célszerűen végzett diagnosztikai vizsgálatok, eljárások, laboratóriumi analízisek, elektrokardiogramm, röntgen, altatás és egyéb orvosi beavatkozások, kezelések;
- sürgős operatív sebészeti beavatkozás;
- kórházi ellátás szabványos kórteremben;
- kezelőorvos által felírt gyógyszerek.

8.4.2. Keresésre és mentésre fordított egészségügyi szállítási költségek;

8.4.3. Szállítási költségek:

- az elhalálozott Szerződő (Biztosított személy) testének hazaszállítása – a Biztosítási szerződésben feltüntetett szállítási költségek mértékében;
- Szerződő (Biztosított személy) hazaszállítása állandó lakhelyére - a Biztosítási szerződésben feltüntetett szállítási költségek mértékében;
- kórházi kezelésre egészségügyi intézménybe történő szállítás– a Biztosítási szerződésben feltüntetett szállítási költségek mértékében;
- Szerződő (Biztosított személy) kiskorú kíséretének, poggyásának és személyes tárgyainak hazaszállítása - a Biztosítási szerződésben feltüntetett szállítási költségek mértékében;
- közeli rokonok szállítása a Szerződő (Biztosított személy) látogatása céljából – a kórházba szállítás költségének mértékében;
- a Biztosított személy holttestét kísérő biztosított családtagok szállítása - a Biztosítási szerződésben a feltüntetett helyre való szállítás költségének mértékében.

8.5. Abban az esetben, ha a Szerződő (Biztosított személy) harmadik személytől kártérítést kap, a Biztosító kifizeti a biztosítási szerződés szerint fizetendő összeg és a harmadik személytől kapott összeg különbözetét. Kártérítés jellegű kifizetésekről a Szerződő (Biztosított személy) köteles a Biztosítót azonnal értesíteni.

**9. Biztosítási eseménynek nem tekinthető események. A biztosítási kifizetések elutasításának lehetséges okai.**

9.1. Jelen szabályzat 4.2 pontjában feltüntetett események nem tekinthetők biztosítási eseménynek, ha a következő okok miatt következtek be:



9.1.1. A Szerződő (Biztosított személy) olyan sérülései, zúzódásai és egyéb egészségügyi sérülései, melyeket népi zavargások, felkelések, lázadások, háborúk, társadalmi megmozdulásokban való részvétel eredményeként szerzett;

9.1.2. A Szerződő (Biztosított személy) olyan sérülései, melyeket lóverseny, autó- és motorverseny, repülőszerkezet vezérlése, hegymászás, harci sportok, barlangkutatás, profi vagy amatőr sportolás közben szerzett, valamint, ha a Szerződő (Biztosított személy) fizikai munkával kapcsolatos veszélyes tevékenységgel foglalkozik, ha a Biztosítási szerződés nem rendelkezik másként;

9.1.3. Közvetett vagy közvetlen radioaktív sugárzás hatásának eredményeként keletkeztek sérülések és megbetegedések;

9.1.4. Olyan megbetegedések, amelyek a biztosítás dátuma előtti utolsó hat hónap alatt kezelést vagy fogászati beavatkozást követeltek. Ez a korlátozás nem alkalmazandó abban az esetben, ha az orvosi beavatkozás életmentésre, akut fogfájás kezelésére irányul, vagy nélkülözhetetlen orvosi beavatkozásra van szükség a hosszú távú munkaképtelenség megakadályozása érdekében;

9.1.5. Terhességi, valamint a terhesség idejétől függetlenül terhességi komplikáció során szükséges tanácsadás és kivizsgálás, valamint szülés költségei, kivéve, ha az orvosi beavatkozás egészségügyi okokból elkerülhetetlen;

9.1.6. Ideg- és lelki betegségek megnyilvánulásai, epilepszia, veleszületett rendellenességek;

9.1.7. Alkohol, kábítószer, különböző toxikus anyagok fogyasztása (kivévelt képeznek azok az esetek, amikor a kábítószer tartalmú gyógyszereket az orvos kezelés céljából írta elő), alkoholizmus következményei, az ezzel kapcsolatos betegségek és ittas állapot;

9.1.8. Nemi betegségek, HIV fertőzés és annak szövődményei;

9.1.9. A Szerződő (Biztosított személy) öngyilkossági kísérletének, szándékos önkárosításának, vagy más, élete és egészsége károsodására irányuló tudatos cselekményének következményei;

9.1.10. Nem hagyományos módszerekkel történő kezelés;

9.1.11. Daganatos megbetegedések és azok szövődményei a daganatos megbetegedés megállapításának pillanatától;

9.1.12. Tüdőbaj, Schaumann szindróma és Cisztás fibrózis, klinikai formájától és stádiumától függetlenül;

9.1.13. Vérbetegségek

9.1.14. Fertőző vagy parazitás megbetegedések, melyek nem követelnek karantén-intézkedések végrehajtását, hacsak nem életmentő orvosi segítségről van szó;

9.1.15. Pótlást igénylő ortopédiai és fogszabályozási rendellenességek;

9.1.16. gyermekbénulás, agyvelőgyulladás, agyhártyagyulladás és polyneuritis következményei.

9. 2. A 4.2 pontban felsorolt, de az alábbiak szerint nem biztosítási eseménynek tekintendő esetek költségeit a Biztosító nem téríti meg:

9.2.1. Olyan orvosi kezelés, mely a Biztosítási szerződés megkötése előtt kezdődött és folytatódott a szerződés érvényessége alatt, valamint abban az esetben, ha az utazás orvosi ellenjavallat ellenére történt, melyről a Szerződőnek (Biztosított személynek) tudomása volt, vagy tudomása kellett, hogy legyen;

9.2.2. A Szolgáltató társaság részvétele nélkül megszervezett evakuálás, illetve kórházba szállítás (egyik kórházból a másikba) és lebonyolításukat nem egyeztették előzőleg a Biztosítóval. Ez a rendelkezés nem vonatkozik azokra az esetekre, ha az evakuálás vagy szállítás rendkívüli események miatt lett indokolt, vagy, ha a Szerződőnek (Biztosított személynek) az első egészségügyi intézményben való kezelése közvetlen veszélyt jelentett az életére (egészségére), mivel az előző kórházban hiányoztak a megfelelő eszközök és/vagy berendezések;

9.2.3. Olyan nem nagy jelentőséggel bíró betegségek vagy sérülések esetén (zúzódások, sérülések) esetén történt evakuálás, illetve szállítás, melyeket a Biztosított tartózkodási helyén lehet kezelni és nem akadályozzák utazásának folytatását;

9.2.4. A Szerződőnek (Biztosított személynek) okozott erkölcsi kár;

9.2.5. A Szerződő (Biztosított személy) szabálysértő viselkedéséből eredő kára, valamint ha a kár a Szerződő (Biztosított személy) saját alkohol, kábítószer vagy mérgező anyagok befolyása alatti állapotának közvetlen következménye;

9.2.6. Szerződő (Biztosított személy) a biztosítási esemény bekövetkezésére irányuló tudatos cselekedetei, beleértve az öngyilkosságot is;

9.2.7. Bármely fegyveres erőnél vagy fegyveres csoportnál folytatott szolgálat;

9.2.8. A Szerződő (Biztosított személy) olyan betegségének kezelése és már meglévő betegsége enyhítését szolgáló kezelése (beleértve a krónikus betegségeket is), melyek üdülőhelyeken, szanatóriumokban, üdülőkben és hasonló intézményekben történő tartózkodása alatt jelentkeztek;

9.2.9. Olyan orvosi kivizsgálások, vagy orvosi beavatkozás (orvosi ellátás), amelyek a Szerződő (Biztosított személy) hirtelen megbetegedésével vagy sérülésével nem hozhatók kapcsolatba;

9.2.10. bármely protézis feltétele, beleértve a fog- és szemprotézist;

9.2.11. ha az utazás célja maga a gyógykezelés volt;

9.2.12. amennyiben a Szerződő (Biztosított személy) eredetileg hamis adatokat szolgáltat a Biztosítónak az egészségi állapotáról és/vagy az orvosi szolgáltatások mértékéről és értékéről;

9.2.13. olyan orvos vagy nővér által elvégzett orvosi eljárások, mely nem kötelezőek az adott betegség diagnosztizálásához vagy kezeléséhez;

9.2.14. mesterséges megtermékenyítés, meddőség kezelése és terhesség-megelőzéssel kapcsolatos költségek;

9.2.15. rehabilitáció vagy fizioterápia;

9.2.16. kozmetikai vagy plasztikai sebészet, kivéve a helyreállító-funkcionális plasztikai sebészetet;

9.2.17. emelt szintű kényelmi szolgáltatások kiegészítő költségei ( «luxus» kórtermek, televízió, telefon, légkondicionáló berendezés, valamint fodrász, masször, kozmetikus, vagy tolmács szolgáltatásai);

9.2.18 megelőző oltás, fertőtlenítés és orvosi vizsgálat;

9.2.19. a Szerződő (Biztosított személy) rokonai által történő kezelése vagy ápolása, függetlenül attól, hogy egészségügyi szakemberek, vagy nem;

9.2.20. egészségügyi eszközök vásárlása vagy javítása (szemüveg, kontaktlencse, hallókészülék, stb.);

9.2.21. a Szolgáltató társasággal előre nem egyeztetett kórházi kezelés, egészségügyi szállítás és szállítás, valamint holttest hazaszállításának szervezése,

9.3. A Biztosító mentesül a biztosítási kártérítés kifizetésétől, ha a biztosítási esemény az alábbi okokból történt:

9.3.1. nukleáris robbanás, sugárzás vagy radioaktív szennyeződés hatása következtében;

9.3.2. háborús cselekmények vagy egyéb katonai tevékenységek;

9.3.3. polgárháború, mindenféle zavargások vagy sztrájkok;

9.3.4. terrorista akciók, terrorcselekmények, rendkívüli állapot bevezetése;

9.3.5. vagyon lefoglalása hatósági intézkedések alapján;

9.3.6. természeti katasztrófák (árvíz, földrengés, csapadékmennyiség 30 mm / óra vagy annál több, földcsuszamlás, sodródások, tűz és egyéb természeti jelenségek).

9.4. A Biztosítónak jogában áll elutasítani a biztosítási kártérítés kifizetését, ha a Szerződő (Biztosított személy):

9.4.1. nem szolgáltatta be a biztosítási esemény bekövetkezését igazoló dokumentumokat;

9.4.2. pontatlan értesülést vagy eredetileg hamis információt tartalmazó dokumentumokat szolgáltatott be a biztosítási eseménnyel kapcsolatban;

9.4.3. nem időben jelentette a Biztosítónak a biztosítási esemény bekövetkezését, ha nem nyer bizonyítást az a tény, hogy a Biztosító időben értesült a biztosítási esemény bekövetkezéséről, vagy hogy ennek hiánya nem lehetett hatással a Biztosító fizetési kötelezettségére;

9.4.4. nem biztosította a Biztosító részére azokat információkat és dokumentumokat, melyek a Biztosító jogátruházási követeléseinek megvalósításához nélkülözhetetlenek;

9.4.5. tudatosan közreműködött vesztesége értékének növelésében, vagy nem tett ésszerű intézkedéseket azok csökkentése érdekében, a veszteségnek abban a mértékében, mely az intézkedések elmaradása miatt keletkezett.

## **10. Vitás kérdések rendezése**

10.1. A Biztosítási szerződés kötelezettségeinek teljesítése közben felmerülő viták rendezése az Orosz Föderáció hatályos jogszabályai alapján történik.