

SOCIETE A RESPONSABILITE LIMITEE
« SOCIETE D'ASSURANCE RUSSE « EUROINS »



« Approuvé » par la :
Directrice générale

O.B. Makova

(Arrêté N° 05-1006/2022 du 10.06.2022)

/Sceau : Société à responsabilité limitée « SOCIÉTÉ D'ASSURANCE RUSSE « EUROINS » * SMOLENSK *
Numéro général d'enregistrement d'État (OGRN) 1037714031426/

CONDITIONS DU CONTRAT
D'ASSURANCE VOLONTAIRE COMBINÉE DES VOYAGEURS

CHAPITRE I. CONDITIONS GÉNÉRALES

1. CONDITIONS GÉNÉRALES. TERMES ET DÉFINITIONS

1.1. En conformité avec les présentes Conditions générales d'assurance volontaire combinée des voyageurs (ci-après les Conditions générales d'assurances, les Conditions générales) élaborées en vertu des Règles d'assurance volontaire combinée des voyageurs du _____ (ci-après les Règles d'assurance, les Règles) la SARL RSO « EUROINS », ci-après dénommée l'Assureur, établit des contrats d'assurance voyage des citoyens qui vont à l'étranger ou quittent temporairement le lieu de résidence permanente, en souscrivant les Contrats d'assurance avec des personnes morales ou des personnes physiques capables d'agir.

Toutes les autres questions non réglées par les présentes Conditions générales seront réglées par les dispositions et conditions des Règles d'assurance. En cas de contradiction entre les présentes Conditions générales et les Règles d'assurance, les dispositions des présentes Conditions générales prévalent.

En vertu du Contrat d'assurance volontaire combinée des voyageurs (ci-après le Contrat d'assurance, le Contrat) l'Assureur s'engage, en cas d'arrivée d'un événement assuré (sinistre) à rembourser (contre le paiement conditionné par le Contrat d'assurance (la prime d'assurance)) les dommages causés (payer l'indemnité) dans les limites du montant assuré prévu par le Contrat d'assurance et en conformité avec les présentes Conditions générales d'assurance.

1.2. Le Contrat d'assurance s'établit par écrit sur un support papier spécial de la Police d'assurance (ci-après la Police d'assurance, la Police) signé par l'Assureur, auquel sont joints les présentes Conditions générales d'assurance qui font partie intégrante du Contrat d'assurance.

1.3. Termes et définitions utilisé(e)s dans les présentes Conditions générales d'assurance :

Souscripteur(s) - personnes physiques capables d'agir et personnes morales indépendamment de leur forme juridique, entrepreneurs individuels qui ont conclu un Contrat d'assurance avec l'Assureur.

Si le Souscripteur - personne physique a conclu un Contrat d'assurance de ses intérêts patrimoniaux, il est Assuré.

Les Souscripteurs - personnes morales, entrepreneurs individuels, concluent avec l'Assureur des Contrats d'assurance des tiers en faveur de ceux derniers qui sont les Assurés.

Assuré - personne physique indiquée dans le Contrat d'assurance dont les intérêts patrimoniaux sont assurés en vertu du Contrat.

Le risque « Annulation d'un voyage » ne prévoit que l'assurance des citoyens de la Fédération de Russie.

Bénéficiaire d'assurance – personne physique ou morale indiquée par le Souscripteur dans le contrat d'assurance avec accord écrit de l'Assuré bénéficiant d'une indemnité pour un ou plusieurs risques assurés couverts par le Contrat d'assurance.

Société de service (d'assistance) — société qui sur la demande de l'Assureur fournit 24h/24, 7j/7 les services prévues par les présentes Conditions générales d'assurance.

Parents proches – époux/épouse, père, mère, enfants, y compris ceux adoptés, adoptants, frères et sœurs, grands-pères et grands-mères, petits-fils officiellement enregistrés, tuteurs officiels et personnes en tutelles.

Pays couverts – territoire indiqué dans le Contrat d'assurance couvert par le Contrat d'assurance. Le sinistre qui a lieu hors du territoire indiqué dans le Contrat d'assurance n'est pas un sinistre et n'entraîne pas l'obligation de l'Assureur de payer l'indemnisation.

Lieu de résidence permanente :

- **pour les citoyens de la Fédération de Russie** - territoire dans les limites des frontières administratives d'une agglomération, où l'Assuré est enregistré (temporairement ou en permanence). Si l'Assuré est enregistré temporairement ou en permanence, son lieu de résidence permanente est le territoire dans les limites des frontières administratives d'une agglomération, où l'Assuré est enregistré en permanence. Ainsi que le pays de la deuxième nationalité et/ou le pays, où une carte de séjour temporaire ou une carte de résident permanent est délivrée.

- **pour les citoyens étrangers et les apatrides** - pays dont l'Assuré détient la citoyenneté et /ou pays qui a délivré à l'Assuré le titre de séjour temporaire ou la carte de résident. L'obtention d'un titre de séjour mention « étudiant » dans un pays couvert par le contrat d'assurance n'influe pas sur le statut du lieu de résidence permanente indiquée lors de la conclusion du Contrat d'assurance.

Maladies dangereuses — maladies avec les codes A36, A22, A15, A00, A20, B34.2, U07.1, U07.2 (U04.9, U10.9, U10, y compris les conséquences de ces maladies) en conformité avec la Classification internationale des maladies (CIM-10)*, représentant un danger pour d'autres personnes présentes et exigeant la prise de mesures de mise en quarantaine, incluses sur la liste de ces maladies par l'Arrêté du Gouvernement de la Fédération de Russie du 01.12.2004 N° 715 (en version en vigueur à la date d'arrivée d'un événement assuré) « Sur l'approbation de la liste des maladies à impact social et de la liste des maladies dangereuses pour les personnes présentes ».

* CIM-10 — Classification internationale des maladies et problèmes liés à la santé (version -10).

Voyage (voyage assuré) – départ et séjour de l'Assuré hors des frontières du pays ou du lieu de résidence permanente à des fins touristiques, d'affaires, privées ou d'autres (y compris pour faire des études, travailler) non exclues par les présentes Règles et /ou le Contrat d'assurance, pendant la durée du Contrat d'assurance et dans les limites des Pays couverts indiqués dans le Contrat d'assurance.

Le déplacement de l'Assuré pour changer de lieu de résidence permanente n'est pas le Voyage.

Bagages - affaires personnelles de l'Assuré transportées pendant le voyage et remises officiellement à la société de transport (au transporteur) qui effectue le transport de l'Assuré. Le poids et le fait de remise des bagages au transporteur sont confirmés par le bulletin de bagage.

Maladie imprévue - maladie aiguë imprévue de l'Assuré pendant le voyage ou aggravation d'une maladie chronique exigeant une intervention médicale urgente et immédiate.

Dans le cadre de ces Conditions générales ne sont pas considérées comme imprévues les maladies de l'Assuré dont le traitement est planifié, à cause desquelles l'Assuré est enregistré auprès d'un établissement médical ou s'est adressé aux médecins spécialistes avant le voyage, ainsi que des changements pathologiques existants stables et progressant des organes et/ou des systèmes (des maladies congénitales ou acquises) exigeant un traitement médicamenteux ou chirurgical pour leur élimination ou la diminution de leur influence négative sur l'organisme humaine.

Maladie chronique — maladie qui possède au moins deux des caractéristiques suivantes :

- peut exister pendant une période de temps indéfinie ;
- probabilité d'apparition des récurrences ;
- c'est une maladie à caractère permanent ;
- exige une longue surveillance, des consultations, examens, études et analyses.

Accident — influence physique soudaine de différents facteurs externes (mécaniques, thermiques, chimiques, etc.) sur l'organisme de l'Assuré qui a eu lieu pendant la durée du Contrat d'assurance, indépendamment de la volonté de l'Assuré, et a entraîné des dommages corporels, l'altération des fonctions physiologiques de l'organisme de l'Assuré ou son décès.

Les accidents sont : attaque des malfaiteurs ou des animaux (y compris, des insectes, des reptiles), traumatismes, étouffement soudain, empoisonnement, engelure, noyade, chocs électriques, coup de foudre, explosions, pénétration occasionnelle d'un corps étranger dans les voies respiratoires.

Les événements qui ne sont pas classés comme les accidents : toute forme des maladies aiguës, chroniques et héréditaires, ainsi que leurs complications (diagnostiquées antérieurement et détectées pour la première fois), y compris celles provoquées par l'influence des facteurs externes, brûlures causées par un coup de soleil.

Empoisonnement — altération brusque de l'activité vitale de l'organisme provoquée par des plantes toxiques, des substances chimiques (industrielles ou ménagères), des produits alimentaires de mauvaise qualité, excepté les infections gastro-intestinales (salmonellose, dysenterie, etc.), par des médicaments.

Transporteur — tout transporteur enregistré transportant des passagers par terre, par eau ou par air, ayant une licence pour mener les activités de transport correspondant en suivant des itinéraires définis.

Traumatisme — altération de l'intégrité anatomique et des fonctions physiologiques des organes et des tissus (fractures et entorses, contusions, ruptures et blessures des organes, commotion cérébrale) causés en résultat : de chute d'un objet sur l'Assuré, de chute de l'Assuré lui-même pendant la marche des véhicules de transport ou d'une avarie de transport, lors de l'utilisation des machines, mécanismes, outils de travail et de divers instruments.

Invalidité — insuffisance sociale suite à l'altération de la santé et accompagnée d'un dysfonctionnement stable de l'organisme menant à la restriction des activités vitales et exigeant une protection sociale.

Aide Médicale Immédiate — aide médicale accordée en cas d'apparition des maladies, états aigu(ë)s, aggravations des maladies chroniques ne menaçant pas la vie de l'Assuré.

Aide Médicale Urgente (AMU) — aide médicale accordée en cas d'apparition des maladies, états aigu(ë)s imprévu(e)s, aggravations des maladies chroniques menaçant la vie de l'Assuré.

Urgence dentaire - aide urgente conditionnée par une maladie aiguë des dents naturelles et/ou des tissus entourant la dent ou des traumatismes des dents naturelles en résultat d'un accident.

Établissement médical – organisation ayant le droit (la licence) pour la prestation de services médicaux en vertu de la législation du pays, où l'Assuré se trouve pendant le voyage.

Frais médicaux – frais des soins médicaux immédiats ou urgents en conformité avec les prescriptions d'un médecin en cas d'une maladie imprévue, d'une aggravation de la maladie chronique, d'un traumatisme et/ou d'un empoisonnement de l'Assuré.

Loisirs d'été actifs (Active rest) - moyens de passer le temps par l'Assuré pendant le voyage, y compris, mais sans s'y limiter : activités aquatiques avec utilisation des dispositifs gonflables et parachutes, moto nautique et ski nautique ; visites du parc aquatique ; patinage sur roulettes, conduite d'un cyclomoteur, d'une moto, d'un scooter et d'un quad ou présence en qualité de passager pendant la conduite de ces véhicules ; promenades en bateau (excepté les véhicules de transport ayant une autorisation spéciale de transporter des passagers) ; promenades-safari, balades animaux d'attelage et d'autres animaux ; volley-ball / football de plage, snorkeling, kiting, ~~bungee jumping~~, kayaking, trekking à l'altitude max de 1 500 m, expéditions équestres, tennis, golf, promenades (conduite d'un) à vélo, patinette, segway, gyroscooter ; utilisation des articles, engins, accessoires de sport et des moyens de déplacement.

Si le Contrat d'assurance couvre le risque « Loisirs d'été actifs » (Active rest), les risques « Loisirs d'hiver actifs » (Winter active rest) et « Loisirs extrêmes » ne sont pas couverts.

Loisirs d'hiver actifs (Winter active rest) - moyens de passer le temps par l'Assuré pendant le voyage, y compris, mais sans s'y limiter : patinage, ski alpin et ski de fond, excepté le ski hors des traces ; skiboarding, snowboarding, excepté ces activités hors des traces ; conduite d'une motoneige, d'un traîneau ; utilisation des articles, engins, accessoires de sport et des moyens de déplacement.

Si le Contrat d'assurance couvre le risque « Loisirs d'hiver actifs » (Winter active rest), les risques « Loisirs d'été actifs » (Active rest) et « Loisirs extrêmes » (Extreme rest) ne sont pas couverts.

Loisirs extrêmes (Extreme rest) - moyens de passer le temps par l'Assuré pendant le voyage, y compris, mais

sans s'y limiter : alpinisme, escalade de roche et de cascades de glace, trekking à l'altitude supérieure à 1 500 m, rafting, surfing, windsurfing, ski freestyle, skateboarding, skysurfing, vols en deltaplane, chasse ; sauts en parachute ; descente dans les grottes (y compris en compagnie d'un guide) ; activités nautiques à bord d'un yacht, descente de canot ou kayak sur les rivières coupées de rapides ; sauts trampoline, y compris le trampoline nautique ; participation aux courses de chevaux et courses automobile et moto , tout type de vols, excepté les vols en qualité de passager qui a payé un vol régulier ou un vol charter suivant un itinéraire défini.

Si le Contrat d'assurance couvre le risque « Loisirs extrêmes » (Extreme rest), les risques « Loisirs d'hiver actifs » (Winter active rest) et « Loisirs d'été actifs » (Active rest) sont aussi couverts.

Sport professionnel et amateur - participation de l'Assuré aux compétitions, tournois, entraînements, camps d'entraînement sportifs (un sport défini) à un niveau professionnel ou amateur. Le sport choisi est indiqué dans la Police d'assurance dans le chapitre « Risques complémentaires ».

En conformité avec les présentes Conditions générales un sport professionnel ou amateur n'appartient pas à la catégorie « Loisirs d'été actifs (Active rest) », « Loisirs d'hiver actifs (Winter active rest) » ou « Loisirs extrêmes (Extreme rest) ».

Les types de sports professionnels ou amateurs suivants : bobsleigh, ski alpin, combiné alpin, course de ski, luge, snowboarding, biathlon, triathlon, patinage artistique, hockey sont définis en conformité avec les présentes Conditions générales comme les « Sports d'hiver (Winter sport) ».

Les types de sports professionnels ou amateurs suivants : aquabike, rafting, surfing, windsurfing, ski freestyle, skateboarding, skysurfing, vols en deltaplane, diving avec plongement à des profondeurs jusqu'à 40 mètres, alpinisme, escalade de roche, sauts trampoline sont définis en conformité avec les présentes Conditions générales comme les « Sports extrêmes (Extreme sport) ».

La liste des disciplines sportives faisant partie des types de sport est définie par le Registre des sports panrusse en version en vigueur à la date de conclusion du Contrat d'assurance.

Activités professionnelles – voyage d'affaires de l'Assuré (à des fins professionnelles) dans les Pays couverts par le contrat (quand il faut obtenir un visa de travail, une autorisation de travail, etc.).

La notion des « Activités professionnelles » ne comprend pas les voyages à des fins professionnelles liées avec le travail dans un bureau, ainsi que la participation de l'Assuré à des conférences, symposiums, séminaires, entraînements, cours, expositions, forums, congrès, sessions, plénums, assemblées, etc.

Camp de sport pour les enfants - organisation saisonnière ou fonctionnant toute l'année indépendamment de sa forme juridique et la forme de propriété dont l'activité principale est orientée vers le développement sportif et la remise en forme des enfants.

Dans le cadre de ces Conditions générales le terme « Camp de sport pour les enfants » comprend les camps de sport spécialisés (par type de sport), où les enfants pratiquent un ou plusieurs sports, et les camps de remise en forme pour les enfants dont l'activité est orientée vers le développement physique général et la réhabilitation des enfants, y compris les maisons de cure et stations estivales.

Franchise - partie de pertes non remboursées par l'Assureur. La franchise peut être conditionnelle et légale.

En cas d'une franchise conditionnelle l'Assureur est déchargé de toute obligation de rembourser des pertes, si son montant est inférieur au montant de la franchise.

En cas d'une franchise légale l'Assureur doit payer le montant des pertes moins le montant de la franchise.

Le montant de la franchise est défini en pourcentage par rapport au montant de l'indemnité ou en valeur absolue.

La franchise temporaire est une période de temps calculée dès le début de la durée du Contrat d'assurance, pendant laquelle l'Assureur n'est pas responsable de l'événement arrivé à l'Assuré ayant les indicateurs d'un événement assuré, en conformité avec les conditions du Contrat d'assurance. Toute dépense ou perte supportée par le Souscripteur (l'Assuré) pendant la période de validité de la franchise temporaire ne sera pas remboursée par l'Assureur.

2. OBJET DU CONTRAT D'ASSURANCE, RISQUES ASSURÉS

2.1. L'objet du contrat d'assurance sont les intérêts patrimoniaux de l'Assuré allant à l'étranger ou quittant le lieu de résidence permanente, apparus pendant la durée du Contrat d'assurance sur le territoire indiqué dans le Contrat

assurance et liés à l'arrivée des événements (risques assurés) suivants :

- dépenses imprévues liées à la nécessité d'obtenir une aide médicale urgente ou immédiate ou une autre aide, y compris le transport sanitaire, en cas d'arrivée d'un événement assuré en volume prévu par le Contrat d'assurance - **risque « Dépenses médicales et d'autres dépenses en cas d'urgence »** ;
- pertes supportées suite à l'impossibilité de l'Assuré d'aller en voyage pour motifs prévus par le Contrat d'assurance - **risque « Annulation d'un voyage »** ;
- dommage causé à la vie et à la santé de l'Assuré en résultat d'un accident - **risque « Accident »** ;
- événement engageant la responsabilité civile de l'Assuré entraînant l'obligation de rembourser les dommages causés à la vie, à la santé et/ou aux biens des tiers - **risque « Responsabilité civile »** ;
- pertes supportées suite à une perte ou une disparition des bagages appartenant à l'Assuré remis au service de bagage de la société de transport (du transporteur) qui effectue le transport de l'Assuré - **risque « Bagage perdu »**.

2.2. Il est possible de conclure le Contrat d'assurance qui couvre tous les risques énumérés ou certains risques (n'importe quel(le) ensemble ou combinaison de risques est possible) de ceux énumérés dans le p.2.1. des présentes Conditions générales au choix du Souscripteur.

La liste concrète des événements assurés (sinistres) sera définie dans le Contrat d'assurance lors de sa conclusion.

3. EXCEPTIONS GÉNÉRALES DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE. MOTIFS DE REFUS DE PAYER UNE INDEMNITÉ

3.1. En vertu du Contrat d'assurance toute perte ou dépense provoquée par les événements suivants n'est pas couverte :

- 3.1.1. Impact d'une explosion atomique, d'un rayonnement ou d'une contamination de radiation ;
 - 3.1.2. Actions militaires, ainsi que des manœuvres et d'autres événements militaires ;
 - 3.1.3. Guerre civile, tout(e) trouble ou grève ;
 - 3.1.4. Actes de terrorisme ;
 - 3.1.5. Catastrophes naturelles et leurs conséquences, une autre force majeure ;
 - 3.1.6. Service militaire de l'Assuré (dans les forces armées ou les groupements paramilitaires de n'importe quel pays) avec participation de l'Assuré à des opérations de combat, opérations militaires et à d'autres opérations liées à l'utilisation des armes ;
 - 3.1.7. Actions ou décisions des autorités publiques et/ou des collectivités locales empêchant l'exécution par l'Assureur de ses obligations ;
 - 3.1.8. Pollution de l'environnement, épidémies.
- 3.2. Tout événement arrivé à l'Assuré pendant la durée du Contrat d'assurance dans les Pays couverts ne sera pas reconnu comme un événement assuré, si :
- 3.2.1. l'Assurée est en état d'ébriété alcoolique ;
 - 3.2.2. l'Assuré est en état d'ébriété toxique ou narcotique (d'empoisonnement), y compris suite à la consommation des stupéfiants, des psychotropes et des narcotiques ou des médicaments sans ordonnance d'un médecin (ou sur ordonnance d'un médecin, mais avec violation de la dose prescrite) ;
 - 3.2.3. résultant d'un suicide, d'un suicide échoué, d'une mutilation préméditée ou si l'Assuré s'est exposé à un risque injustifié ;
 - 3.2.4. si l'Assuré commet ou essaye de commettre des actions illégitimes ;
 - 3.2.5. suite à des actions intentionnées de l'Assuré ou des personnes agissant sur sa demande qui doivent contribuer à l'arrivée de l'événement assuré ;
 - 3.2.6. si l'Assuré commet (ou essaye de commettre) un acte criminel lié directement avec l'événement ayant les indicateurs d'un événement assuré ;
 - 3.2.7. si l'Assuré conduit un véhicule de transport sans avoir le permis de conduire, ou en état d'ébriété alcoolique, toxique ou narcotique de n'importe quel degré, ou sous l'impact des médicaments qu'il est interdit de prendre lors de la conduite d'un véhicule de transport, ainsi que si l'Assuré transmet son droit de conduite d'un véhicule de transport à une personne qui n'a pas de permis de conduire, ou est en état d'ébriété alcoolique, toxique ou narcotique de n'importe quel degré ou sous l'impact des médicaments qu'il est interdit de prendre lors de la conduite des véhicules de transport.

3.3. Les dépenses de l'Assuré ne seront pas couvertes ou remboursées par l'Assureur, si :

3.3.1. l'Assuré fait du sport professionnel ou amateur, y compris participe à des compétitions, tournois et camps d'entraînement sportifs, mais le chapitre « Risques complémentaires » de la Police d'assurance ne comprend pas l'indication du sport concret ;

3.3.2. l'Assuré fait des loisirs d'été actifs, mais le chapitre « Risques complémentaires » de la Police d'assurance ne comprend pas la mention « Active rest » ;

3.3.3. l'Assuré fait des loisirs d'hiver actifs, mais le chapitre « Risques complémentaires » de la Police d'assurance ne comprend pas la mention « Winter active rest » ;

3.3.4. l'Assuré fait des loisirs extrêmes, mais le chapitre « Risques complémentaires » de la Police d'assurance ne comprend pas la mention « Extreme rest » ;

3.3.5. l'Assuré exerce des activités de service, de travail ou d'autres activités (y compris une activité salariée) prévoyant une activité physique et capable d'augmenter le risque d'arrivée d'un événement assuré, mais le chapitre « Risques complémentaires » de la Police d'assurance ne comprend pas la mention d'une profession concrète.

3.3.6. pendant le séjour de l'Assuré dans un Camp de sport pour les enfants ou un camp de remise en forme pour les enfants, si le chapitre « Risques complémentaires » de la Police d'assurance ne comprend pas la mention « Camp de sport pour les enfants ».

3.4. En tout cas l'Assureur ne remboursera pas les pertes :

3.4.1. liées à la réparation

3.4.1.1. du dommage moral ;

3.4.1.2. l'indemnisation d'un manque à gagner ;

3.4.1.3. aux compensations sociales ;

3.4.1.4. aux compensations (paiements garantis) pour rembourser les pertes liées à l'exécution par l'Assuré des obligations de travail et/ou des obligations professionnelles (compensations de travail) ;

3.4.1.5. aux compensations salariales en cas d'inaptitude temporaire au travail de l'Assuré ;

3.4.1.6. à tout(e) autre compensation, paiement, allocation, dédit, pénalité, amende, pour cent, commissions, y compris lors de la réalisation des opérations financières, perçues par les banques, systèmes de paiement, agences de recouvrement et d'autres organisations effectuant des opérations financières.

3.4.2. supérieures aux montants des indemnités et limites de remboursement prévus par les Chapitres II et V du présent Contrat d'assurance.

3.5 L'Assureur a le droit de refuser de payer une indemnité, si :

3.5.1. Le Souscripteur (l'Assuré) a fourni à l'Assureur des informations sciemment fausses sur l'objet du Contrat d'assurance ;

3.5.2. dans les autres cas prévus par les actes réglementaires de la Fédération de Russie.

Dans les cas prévus par la loi, l'Assureur peut être déchargé de l'obligation de payer l'indemnisation en cas d'arrivée d'un événement assuré suite à une grave imprudence du Souscripteur (de l'Assuré).

3.6. En cas de remboursement des dépenses de l'Assuré liées à un événement assuré prévu par le Contrat d'assurance par la personne responsable de l'apparition de ces dépenses, ou par un autre Assureur (en cas d'une assurance double), l'Assureur est déchargé de l'obligation de payer l'indemnité.

3.7. Ne seront pas remboursées les dépenses (pertes) conditionnées par les événements prévus par le Contrat d'assurance arrivées pendant la durée du Contrat d'assurance, mais provoquées par les causes qui ont eu lieu avant l'entrée en vigueur du Contrat d'assurance.

3.8. La décision motivée de l'Assureur de ne pas payer l'indemnité sera envoyée au Souscripteur (à l'Assuré, au Bénéficiaire d'assurance) par écrit avec indication des causes de refus (avec références sur les normes légales et /ou les dispositions du Contrat d'assurance et / ou des Conditions générales et /ou des Règles d'assurance) pendant 3 jours ouvrables à compter de la date de cette décision.

4. MONTANT ASSURÉ, PRIME D'ASSURANCE, INDEMNITÉS

4.1. Le montant assuré est une somme d'argent définie par le Contrat d'assurance, dans les limites de laquelle l'Assureur assume la responsabilité de l'exécution de ses obligations en vertu du contrat d'assurance et, compte tenu de laquelle, sont définis les montants de la prime d'assurance et de l'indemnité à payer en cas d'arrivée d'un événement assuré.

4.2. Le montant assuré est établi pour toute la durée du Contrat d'assurance.

- 4.2.1. Pour les citoyens de la Fédération de Russie allant à l'étranger et pour les citoyens étrangers quittant le pays dont ils détiennent la citoyenneté, le montant assuré est établi dans une devise étrangère.
- 4.2.2. Pour les citoyens de la Fédération de Russie voyageant sur le territoire de la Fédération de Russie le montant assuré est établi en roubles, pour les citoyens étrangers entrant sur le territoire de la Fédération de Russie le montant assuré est établi dans une devise étrangère.
- 4.3. Le montant assuré est établi par consentement des parties séparément pour chaque risque prévu par le Contrat d'assurance et indiqué dans la Police d'assurance.
- 4.4. Le montant assuré pour chaque risque est agrégé, c'est-à-dire après le paiement de chaque indemnité le montant assuré restant est diminué de la valeur de l'indemnité payée.
- 4.5. L'Assureur a le droit d'établir le montant limite du paiement (ci-après la limite de remboursement) pour les types de services, dépenses, maladies concrets. Si le montant d'un paiement pour un type de services, dépenses, maladies concret est supérieur à la limite de remboursement établie par le Contrat d'assurance, le montant des dépenses supérieur à la limite de remboursement sera payé par le Souscripteur / l'Assuré lui-même. La limite de remboursement est établie en unités conventionnelles (u.c.) qui sont définies par la devise du contrat d'assurance.
- 4.6. Dans le cadre des présentes Conditions générales sous l'unité conventionnelle il faut comprendre une devise étrangère utilisée pour l'indication du montant assuré dans la Police d'assurance.
- 4.7. Le montant assuré pour le risque « **Dépenses médicales et d'autres dépenses en cas d'urgence** » est établi par assuré compte tenu des exigences en matière du montant assuré de l'état étranger, mais égal ou supérieur au montant minimal établi par la législation en vigueur de la Fédération de Russie à la date de conclusion du Contrat d'assurance.
- 4.8. Le montant assuré pour le risque « **Annulation d'un voyage** » est établi pour tous les Assurés indiqués dans le Contrat d'assurance (la Police d'assurance) et ne peut pas être supérieur au montant des dépenses réelles du Souscripteur (de l'Assuré) pour l'achat des services touristiques en conformité avec le contrat de vente des produits touristiques. Le montant assuré pour un voyage organisé indépendamment ne peut pas être supérieur au prix d'une chambre d'hôtel payé et / ou du prix d'un billet de transport payé.
- 4.9. Le montant assuré pour les risques « **Accident** », « **Responsabilité civile** » est établi par Assuré.
- 4.10. Le montant assuré pour le risque « **Bagage perdu** » est établi avec accord du Souscripteur et de l'Assureur dans les limites de la valeur réelle (assurée) des bagages.
- 4.11. Si le Contrat d'assurance (la Police d'assurance) établit le montant assuré dans une devise étrangère, le montant de l'indemnité sera défini de la façon suivante : le montant des dépenses sera recalculé en roubles selon le taux de change de la devise des pertes établi par la Banque centrale de la Fédération de Russie à la date d'arrivée d'un événement assuré. Le montant total des indemnités par risque et par Assuré ne peut pas être supérieur au montant en roubles équivalent au montant assuré fixé dans le contrat (la police) d'assurance par risque. L'équivalent du montant assuré en roubles sera calculé selon le taux de change officiel de la Banque centrale de la Fédération de Russie à la date d'arrivée d'un accident (événement assuré), mais ne devra pas être supérieur au taux de change de la Banque centrale de la Fédération de Russie à la date de conclusion du contrat (de la police) d'assurance.
- 4.12. Dans le cadre de ces Conditions générales sont prévues les franchises suivantes :
- 4.12.1. pour le risque « **Dépenses médicales et d'autres dépenses en cas d'urgence** » en cas d'établissement et de paiement du Contrat d'assurance par le Souscripteur, quand l'Assuré se trouve dans les Pays couverts, pour chaque Assuré une franchise légale sera établie d'un montant de 50 (cinquante) u.c. par événement assuré.
- 4.12.2. pour le risque « **Dépenses médicales et d'autres dépenses en cas d'urgence** » une franchise sera établie d'un montant de 50 (cinquante) unités conventionnelles par Assuré et par cas d'aide ambulatoire, si le programme d'assurance A est indiqué dans le Contrat d'assurance, plus de 90 jours sont indiqués dans la colonne « Nombre de jours assurés » et n'importe quel Pays couvert est indiqué, excepté les pays de l'espace Schengen (ci-après les pays de l'espace Schengen) et la Bulgarie.
- 4.13. Sous la prime d'assurance il faut comprendre le montant de l'assurance à payer par le Souscripteur à l'Assureur en conformité avec le p.4.15. des présentes Conditions générales.
- Le paiement de la totalité de la prime forfaitaire avant l'entrée du contrat d'assurance en vigueur est une condition obligatoire de conclusion du contrat d'assurance. En cas de non-paiement de la totalité de la prime d'assurance

dans les délais indiqués le contrat d'assurance sera considéré comme non conclu, aucun paiement en vertu du contrat ne sera pas effectué.

4.14. Le montant de la prime d'assurance pour chaque risque sera défini en fonction du programme d'assurance, du montant assuré, des Pays couverts, de la durée de séjour dans les Pays couverts, des loisirs actifs et/ou des sports, de la présence d'une franchise, des limites de remboursement relatives aux types de services et/ou de maladies concrètes, ainsi que de l'âge et du genre d'affaires de l'Assuré et d'autres circonstances choisi(e)s par le Souscripteur et influant sur le degré de risque, en conformité avec les tarifs des services.

Le tarif de service représente un pourcentage du montant assuré et sera défini par l'Assureur en vertu de l'Annexe 1 aux Règles d'assurance. En même temps l'Assureur a le droit d'appliquer des facteurs de correction.

4.15. La totalité de la prime d'assurance en vertu du Contrat d'assurance sera payée par le Souscripteur en espèce ou par virement bancaire lors de la conclusion du Contrat d'assurance. Le jour de paiement de la prime d'assurance est :

- en cas d'un virement bancaire - la date d'imputation des moyens financiers sur le compte de l'Assureur ou de son représentant ;
- en cas de paiement en espèces - la date de paiement de la prime en espèce au guichet de l'Assureur ou de son représentant.

Si la prime d'assurance est indiquée dans le Contrat d'assurance dans une devise étrangère, les paiements en vertu du Contrat d'assurance seront effectués en roubles et leurs montants seront calculés compte tenu du taux de change de la devise correspondante établi par la Banque centrale de la Fédération de Russie à la date de conclusion du Contrat d'assurance.

4.16. L'indemnité est une somme d'argent payée par l'Assureur en cas d'arrivée d'un événement assuré. Le montant et les conditions de paiement seront établis en vertu des présentes Conditions générales d'assurance.

4.17. Les montants des indemnités ne peuvent pas dépasser les montants indiqués dans le Contrat d'assurance/la Police d'assurance pour chaque risque et des limites de remboursement.

4.18. Toute indemnité en vertu du Contrat d'assurance sera payée en devise de la Fédération de Russie, excepté les cas prévus par la Loi Fédérale « Sur l'organisation de l'industrie d'assurance en Fédération de Russie » et par la législation de la Fédération de Russie sur le contrôle des changes et le régime des changes.

Pour les citoyens de la Fédération de Russie - les dépenses exprimées en une devise différente du rouble russe seront remboursées en roubles russes au taux de change de la devise concernée établi par la Banque centrale de la Fédération de Russie à la date d'événement assuré compte tenu des dispositions du p.4.11. des présentes Conditions générales d'assurance.

Pour les citoyens étrangers - les dépenses seront remboursées en dollars US, en euros ou en roubles.

4.19. La décision de reconnaître un événement comme l'événement assuré et de payer une indemnité sera prise par l'Assureur pendant 20 (vingt) jours ouvrables à compter de la date de réception de tous les documents nécessaires prévus par les présentes Conditions générales d'assurance et confirmant le fait et les circonstances d'arrivée de l'événement assuré et le montant des dépenses supportées.

4.19.1. Le délai de prise de décision sera calculé dès la date suivant la date de réception par l'Assureur de la demande de paiement d'une indemnité et de tous les documents (du dernier des documents nécessaires) et dûment établis prévus par les Conditions générales d'assurance et nécessaires pour la prise de décision de payer une indemnité.

4.19.2. L'Assureur accepte les documents relatifs au paiement de l'indemnité en vertu d'un bordereau de pièces en indiquant la date de réception des documents. Le bordereau sera signé par l'Assureur et le Souscripteur (l'Assuré), une copie sera délivrée au Souscripteur (à l'Assuré).

4.20. En présence des circonstances exigeant une enquête spéciale, des examens et des expertises, ainsi que l'obtention d'informations complémentaires des établissements médicaux et des organes compétents, l'Assureur a le droit d'augmenter les délais d'examen des documents pour prendre la décision et demander à l'Assuré, à la Société de service, aux établissements médicaux et/ou aux organes compétents de fournir des documents supplémentaires (ou leurs copies), ainsi qu'il a le droit de faire une enquête indépendante.

4.20.1. Si le Bénéficiaire de l'indemnité n'est pas la personne qui a déposé auprès de l'Assureur la demande de paiement d'une indemnité, le Bénéficiaire de l'indemnité doit présenter une pièce d'identité. En ce cas le délai de

prise de décision (délai uni de règlement de l'exigence d'une indemnisation) sera calculé dès la date d'obtention par l'Assureur de ce document.

4.20.2. En cas de détection par l'Assureur du fait de présentation par le demandeur des documents insuffisants pour la prise par l'assureur de décision de payer une indemnité et (ou) des documents qui ne sont pas dûment établis en conformité avec les prescriptions des présentes Règles d'assurance et (ou) du Contrat d'assurance, l'Assureur accepte les documents et notifie au demandeur pendant 15 (quinze) jours ouvrables qu'il faut présenter les documents manquants et (ou) dûment établis.

4.20.3.B Si le demandeur de l'indemnité ne fournit pas ses coordonnées bancaires et d'autres données nécessaires pour payer l'indemnité par virement bancaire, le délai de paiement sera suspendu jusqu'à l'obtention par l'Assureur de ces informations. L'Assureur notifie au Souscripteur le fait de suspension des délais de paiement de l'indemnité par écrit et au moyen indiqué par le Souscripteur dans sa demande de paiement de l'indemnité.

4.20.4. Le délai de prise de décision de paiement d'une indemnité ne commencera se calculer qu'après la présentation par le demandeur du dernier des documents nécessaires et dûment établis.

4.21. L'indemnité sera payée pendant 10 jours ouvrables à compter de la date de prise par l'Assureur de décision de reconnaître un événement comme l'événement assuré et de payer une indemnité.

4.21.1. Une indemnité à payer directement à l'Assuré sera payée par virement bancaire sur le compte bancaire indiqué par l'Assuré. Le jour de paiement est la date de prélèvement des moyens financiers sur le compte de l'Assureur.

Les frais d'imputation sur le compte et d'obtention (de prélèvement) sur le compte du Bénéficiaire des montants dus seront assumés par le Bénéficiaire.

4.21.2. Les indemnités sous forme de paiement des factures d'une Société de service ou d'un prestataire seront payées en conformité avec les dispositions du contrat conclu entre l'Assureur et la Société de service.

5. PAYS COUVERTS PAR L'ASSURANCE

5.1. Les Pays couverts sont les territoires indiqués dans le Contrat d'assurance couverts par le Contrat d'assurance.

5.2. Les Pays couverts pour les risques « Dépenses médicales et d'autres dépenses en cas d'urgence », « Accident », « Bagage perdu », « Responsabilité civile » sont indiqués dans la Police d'assurance au choix du Souscripteur en fonction de l'itinéraire des voyages de l'Assuré.

5.3. Le Pays couvert pour le risque « Annulation d'un voyage » ne peut être que la Fédération de Russie, même si dans la Police d'assurance un autre Pays couvert est indiqué.

5.4. En tout cas ne sont pas considérés comme les pays couverts :

- le lieu de résidence permanente de l'Assuré ;
- la haute mer (c'est-à-dire la mer hors des eaux territoriales) ;
- les territoires de l'Arctique et de l'Antarctique ;
- les pays, sur les territoires desquels sont mené(e)s des opérations militaires (conflits armés, opérations spéciales, etc.), sont détecté(e)s et reconnu(e)s des foyers épidémiques, qui sont les zones des catastrophes naturelles ; états sous sanctions militaires de l'ONU, états où il est fortement déconseillé aux citoyens de la Fédération de Russie de voyager par le Gouvernement de la Fédération de Russie ou d'autres autorités publiques, ainsi que les états, dans lesquels des dommages à la santé et à la vie des voyageurs peuvent être causés avec une haute probabilité. L'information sur les territoires énumérés dans ce sous-point est publiée sur les sites officiels du Ministère des affaires étrangères de la Fédération de Russie, du Ministère de la Santé publique de la Russie, du Service fédéral de surveillance dans la sphère de sécurité des droits des consommateurs et la prospérité humaine (Rosпотребнадзор), du Service fédéral Rostourisme et dans les sources officielles des autorités exécutives de la Fédération de Russie.

6. CONCLUSION ET RÉSILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE. PÉRIODE DE VALIDITÉ DE L'ASSURANCE

6.1. Le Contrat d'assurance sera conclu en vertu d'une demande écrite ou orale du Souscripteur exprimant son intention de conclure un Contrat d'assurance lors de la présentation à l'Assureur d'une pièce d'identité du

Souscripteur (de l'Assuré).

6.2. En signant un Contrat d'assurance le Souscripteur doit fournir à l'Assureur l'information indiquée dans le p.
6.3. des Règles d'assurance.

6.3. Si après la conclusion du Contrat d'assurance il est établi que le Souscripteur a fourni des informations sciemment fausses concernant les circonstances ayant une valeur essentielle pour la définition du fait d'arrivée d'un événement assuré et du montant des pertes probables provoquées par son arrivée, l'Assureur a le droit d'exiger de reconnaître la nullité du Contrat d'assurance et d'appliquer des conséquences prévues par la législation en vigueur de la Fédération de Russie, excepté le cas, quand les circonstances que le Souscripteur a passé sous silence ne sont plus de rigueur.

6.4. Si un Contrat d'assurance est conclu entre le Souscripteur et l'Assureur, ils doivent tomber d'accord sur les dispositions essentielles suivantes :

- sur l'objet du Contrat d'assurance ;
- sur le caractère de l'événement, en cas d'arrivée duquel une indemnisation sera payée (événement assuré) ;
- sur le montant assuré ;
- sur la durée du Contrat d'assurance et la période de validité de l'assurance.

6.5. Le Contrat d'assurance sera conclu sous forme d'une Offre. En même temps, en vertu des articles 435, 438 du Code Civil de la Fédération de Russie, le consentement du Souscripteur de conclure un contrat d'assurance aux conditions proposées par l'Assureur sera confirmé par l'obtention du contrat d'assurance remis par l'Assureur. L'acceptation (le consentement de conclure un contrat d'assurance) est le paiement de la prime d'assurance.

6.6. La Police d'assurance sera signée par un employé dûment habilité de l'Assureur avec indication de ses nom, prénom, nom patronymique, fonction, numéro de la procuration et de la date de sa délivrance (ou d'un autre document, en vertu duquel agit la personne dûment habilitée).

6.7. En conformité avec l'article 160 du Code Civil de la Fédération de Russie la Police d'assurance peut être certifiée par le fac-similé de la signature de la personne dûment habilitée de signer au nom de l'Assureur le contrat d'assurance, à l'aide des moyens de reproduction mécanique ou autre de la signature numérique électronique, ou d'un autre moyen analogique de reproduction de la signature manuscrite. L'acceptation par le Souscripteur des conditions du Contrat d'assurance, des présentes Règles (conditions générales, programmes d'assurance), ainsi que du fac-similé de la signature de l'Assureur sera certifiée à l'aide de la signature du Souscripteur apposée sur la Police d'assurance et/ou par le paiement de la prime d'assurance.

6.8. En signant un Contrat d'assurance en vertu des présentes Conditions générales d'assurance, le Souscripteur confirme son consentement en conformité avec la Loi fédérale du 27.07.2006 N°152-FZ « Sur la protection des données personnelles », pour le traitement par l'Assureur pendant toute la durée du contrat d'assurance de données personnelles des personnes physiques indiquées dans le contrat. Le Souscripteur assume la responsabilité personnelle de la présentation des consentements des personnes physiques - des Assurés et des Bénéficiaires d'assurance pour le traitement de leurs données personnelles.

6.8.1. Sous le traitement de données personnelles il faut comprendre : la collecte, la systématisation, l'accumulation, la conservation, la précision (mise à jour, modification), l'utilisation, la dépersonnalisation, le blocage, l'effacement, ainsi que l'exécution d'autres opérations avec les données personnelles des personnes physiques à des fins statistiques et pour faire l'analyse des risques assurés.

6.8.2 En signant un Contrat d'assurance le Souscripteur confirme aussi son consentement de recevoir l'information sur d'autres produits et services, ainsi que sur les conditions de prorogation du contrat avec l'Assureur. Pour atteindre les objectifs indiqués ci-dessus l'Assureur a le droit de transmettre les données personnelles qu'il a apprises après la conclusion et lors de l'exécution du Contrat d'assurance à des tiers, avec lesquels l'Assureur a signé des accords correspondants assurant une conservation fiable et la prévention d'une divulgation illégale (la confidentialité) de données personnelles.

6.8.3 L'Assureur s'engage à assurer l'intégrité et la non-divulgence de données personnelles du Souscripteur (de l'Assuré) à des fins autres que celles prévues par le présent point. Le sujet de données personnelles peut annuler entièrement son consentement pour le traitement de ses données personnelles ou refuser de recevoir l'information sur d'autres produits et services au moyen d'envoi d'une demande écrite à l'Assureur par le moyen permettant d'établir d'une manière certaine la date de réception de cette demande par l'Assureur.

6.8.4 En cas de retrait complet de consentement par le sujet des données personnelles pour le traitement de ses données personnelles, l'effet du Contrat d'assurance par rapport à cette personne sera arrêté, et en cas de retrait de

ce consentement par le sujet des données personnelles qui est Souscripteur, le Contrat d'assurance sera annulé entièrement. En même temps le Contrat d'assurance sera résilié par anticipation dès la date de réception par l'Assureur de la demande de retirer le consentement pour le traitement de données personnelles.

6.8.5. Si le sujet des données personnelles retire son consentement pour le traitement de ses données personnelles, l'Assureur s'engage à cesser leur traitement et, si la conservation de données personnelles n'est plus nécessaire aux fins prévues, il s'engage à détruire les données personnelles dans les délais prévus par la loi à compter de la date de réception par l'Assureur de la demande concernée.

6.9. Si le Contrat d'assurance est conclu avec une personne incapable, ce Contrat d'assurance sera considéré comme nul dès la date de conclusion.

6.10. Le Contrat d'assurance peut prévoir les restrictions complémentaires relatives à l'assurance de certaines catégories de personnes physiques liées à leur âge, l'état de santé, les conditions d'habitation, l'activité professionnelle ou une autre activité.

6.11. En signant un Contrat d'assurance le Souscripteur (l'Assuré) autorise l'Assureur et / ou la Société de service et leurs représentants à accéder à toute information sur son état de santé, les services médicaux fournis, la prise de connaissance des documents médicaux, l'obtention des copies de ces documents, ainsi qu'il dégage les médecins / la Clinique des obligations de respecter le secret médical et la confidentialité devant l'Assureur.

6.12. Le Contrat d'assurance, incluant le risque « Annulation d'un voyage », peut être conclu au plus tard 2 (deux) jours ouvrables après la date de conclusion du contrat de vente d'un produit touristique, en cas d'un voyage indépendant — 2 (deux) jours ouvrables après la date de paiement des documents de voyage et/ou la date de paiement d'une chambre d'hôtel.

En cas d'augmentation du prix des services touristiques ou d'achat des services complémentaires, le Souscripteur a le droit pendant deux jours à compter de la date de signature d'un avenant correspondant au contrat de vente d'un produit touristique, de conclure le contrat d'assurance du risque « Annulation d'un voyage » d'un montant égal à la différence entre le prix précédent et le prix augmenté du produit touristique.

6.13. Le Contrat d'assurance des risques autres que « Annulation d'un voyage » peut être conclu avant ce voyage ou pendant le séjour de l'Assuré dans les Pays couverts, en même temps :

6.13.1. La période de validité de l'assurance pour les Contrats conclus pendant le séjour de l'Assuré dans les Pays couverts commence après l'écoulement de 5 (cinq) jours calendaires à compter de la date de conclusion du Contrat d'assurance.

Pour les contrats conclus pendant le séjour de l'Assuré dans les Pays couverts l'Assureur n'assume aucune responsabilité de toute perte, dépense et/ou responsabilité apparue avant le début de la période de validité de l'assurance, ainsi que de toute conséquence des événements qui ont eu lieu avant le début de la période de validité de l'assurance, nonobstant la présence et/ou l'absence des indicateurs des événements assurés de ces événements ou leur conséquences dans le cadre des présentes Conditions générales.

6.15. Il est possible de conclure un Contrat d'assurance pour un voyage concret ou pour plusieurs voyages (programmes MULTI, MULTI 1, MULTI 2) pendant la durée du Contrat d'assurance.

6.15.1. Le Contrat d'assurance incluant le risque « Annulation d'un voyage » ne peut être conclu que pour un voyage concret.

6.16. La durée du Contrat d'assurance et la période de validité de l'assurance seront établies par accord mutuel des parties contractantes dans chaque cas concret et indiquées dans le Contrat d'assurance (la Police d'assurance).

6.17. La période de validité de l'assurance est la période dans les limites de laquelle l'Assureur assume la responsabilité de l'exécution de ses obligations en vertu du Contrat d'assurance.

6.17.1. La période de validité de l'assurance est calculée en nombre de jours du séjour supposé de l'Assuré dans les Pays couverts, et indiquée dans la colonne « Nombre de jours » de la Police d'assurance.

6.17.2. Lors de chaque entrée de l'Assurée dans un des Pays couverts par l'assurance la période de validité de l'assurance indiquée dans la colonne « Nombre de jours » est automatiquement diminuée d'un nombre de jours passé par l'Assuré dans les Pays couverts.

6.17.3. Pour les programmes MULTI la durée maximale d'un voyage est établie :

- Selon le programme d'assurance MULTI la durée maximale d'un (1) voyage couvert par le contrat d'assurance est égale à 15 jours.
- Selon le programme d'assurance MULTI - 1 la durée maximale d'un (1) voyage couvert par le contrat d'assurance est égale à 30 jours.
- Selon le programme d'assurance MULTI - 2 la durée maximale d'un (1) voyage couvert par le contrat d'assurance est égale à 90 jours.

Pour tous les programmes de catégorie MULTI sous un (1) voyage il faut comprendre : sortie de l'Assuré hors des frontières du pays / du lieu de résidence permanente pour aller aux Pays couverts et indiqués dans le contrat d'assurance, et séjour dans ces Pays couverts jusqu'à son retour sur le territoire du pays / du lieu de résidence permanente.

6.18. L'aller de l'Assuré pendant son séjour dans les Pays couverts dans un autre pays non couvert par le contrat d'assurance ou n'étant pas le lieu de résidence permanente, et son retour postérieur dans les Pays couverts n'interrompt pas ce voyage et, donc, n'est pas un nouveau voyage.

6.18. Le Contrat d'assurance entre en vigueur à la date de paiement par le Souscripteur de la prime d'assurance.

6.19. En cas de perte de la Police d'assurance l'Assureur délivrera au Souscripteur un duplicata de la Police d'assurance.

6.20. Le Contrat d'assurance sera conclu pour un délai égal au moins à la période de séjour de l'Assuré dans les Pays couverts indiqué par le Souscripteur.

6.21. Les risques « Dépenses médicales et d'autres dépenses en cas d'urgence », « Accident », « Bagage perdu », « Responsabilité civile » seront assurés dès la date indiquée dans la Police d'assurance comme la date du début de la durée du Contrat d'assurance (sous réserve de paiement de la prime d'assurance), mais au plus tôt :

6.21.1. en cas des voyages à l'étranger des citoyens de la Fédération de Russie et des citoyens étrangers quittant les pays dont ils détiennent la citoyenneté — dès le moment de traversée par l'Assuré de la frontière d'un Pays couvert confirmée par le timbre apposé par un service frontalier dans le passeport à l'étranger, et restent valables jusqu'au moment de passage par l'Assuré du contrôle frontalier, quand il quitte le Pays couvert, mais jusqu'à la date de fin de la période de validité de l'assurance au plus tard ;

6.21.2. lors des voyages des citoyens étrangers sur le territoire de la Fédération de Russie — dès le moment d'entrée de l'Assuré sur le territoire de la Fédération de Russie confirmée par le timbre apposé par un service frontalier dans le passeport à l'étranger, et restent valables jusqu'au moment de passage par l'Assuré du contrôle frontalier, quand il quitte le territoire de la Fédération de Russie, mais jusqu'à la date de fin de la période de validité de l'assurance au plus tard ;

6.21.3. lors des voyages des citoyens de la Fédération de Russie sur le territoire de la Fédération de Russie — dès le moment de traversée par l'Assuré de la frontière administrative de l'agglomération de résidence permanente de l'Assuré (qu'il quitte), et restent valables jusqu'au moment de traversée (entrée) par l'Assuré de la frontière administrative de l'agglomération de résidence permanente de l'Assuré (fin du voyage), mais jusqu'à la date de fin de la période de validité de l'assurance au plus tard.

6.22. La période de validité de l'assurance du risque « Annulation d'un voyage » commence à 00 heures 00 minutes du jour suivant la date indiquée dans la Police d'assurance comme la date de conclusion du Contrat d'assurance et reste en vigueur :

- lors des voyages à l'étranger (hors des frontières de la Fédération de Russie) — jusqu'au moment de passage par l'Assuré du contrôle frontalier, quand il quitte le territoire de la Fédération de Russie (confirmé par le timbre apposé par un service frontalier dans le passeport à l'étranger), mais au plus tard à la date de début de la période de validité de l'assurance indiquée dans la Police d'assurance pour le risque « Dépenses médicales et d'autres dépenses en cas d'urgence » ou pour le risque « Accident ».

- lors des voyages sur le territoire de la Fédération de Russie — jusqu'au moment de traversée par l'Assuré (son départ) de la frontière administrative de l'agglomération de résidence permanente de l'Assuré, mais au plus tard à la date de début de la période de validité de l'assurance indiquée dans la Police d'assurance pour le risque « Dépenses médicales et d'autres dépenses en cas d'urgence » ou pour le risque « Accident ».

6.23. Si l'Assuré ne peut pas revenir des Pays couverts avant la date de fin de la période de validité de l'assurance à cause de son hospitalisation suite à un événement assuré arrivé pendant la période de validité de l'assurance

confirmé par un avis médical, l'Assureur exécute ses obligations contractuelles relatives à cet événement assuré indépendamment de la date d'expiration du Contrat d'assurance, mais pendant 10 jours calendaires au maximum à compter de la date d'expiration du Contrat d'assurance, après quoi les obligations de l'Assureur seront entièrement exécutées, y compris celles relatives au remboursement des frais de retour de l'Assuré vers le lieu de résidence permanente, de transport sanitaire ou de rapatriement d'un corps.

6.24. Si la période de validité de l'assurance indiquée dans la Police d'assurance expire avant l'achèvement d'un voyage (c'est-à-dire pendant le séjour de l'Assuré dans les Pays couverts), le Souscripteur a le droit d'envoyer à l'Assureur une demande écrite de prolonger la période de validité de l'assurance. L'Assureur doit recevoir cette demande au plus tard 3 jours avant l'expiration de la période de validité de l'assurance indiquée dans le Contrat d'assurance en vigueur. En ce cas, si l'Assureur est d'accord de prolonger la période de validité de l'assurance, un nouveau Contrat d'assurance sera établi dont la période de validité de l'assurance commencera à la date suivant la date d'expiration du Contrat d'assurance précédent.

Si l'Assureur a reçu la demande de prolonger la période de validité de l'assurance après l'écoulement du délai indiqué, ainsi que dans les autres cas de conclusion du Contrat d'assurance pendant la période de séjour de l'Assuré dans les Pays couverts, les conditions indiquées dans le p. 6.13.1. des présentes Conditions générales seront appliquées.

6.25. Le Contrat d'assurance n'est pas valable sur les territoires où sont mené(e)s des opérations militaires, opérations antiterroristes, sont présents des conflits et collisions militaires, dans les limites desquels sont détecté(e)s et reconnu(e)s officiellement des foyers épidémiques, même si c'est un Pays couverts par le Contrat d'assurance.

6.26. Le Contrat d'assurance sera résilié dans les cas suivants :

6.26.1. Expiration de la durée du contrat ou de la période de validité de l'assurance.

6.26.2. Exécution par l'Assureur de toutes ses obligations contractuelles devant le Souscripteur en vertu du Contrat d'assurance.

6.26.3. Liquidation du Souscripteur qui est personne morale ou décès du Souscripteur qui est personne physique.

6.26.4. Prononciation par le tribunal du jugement de reconnaître la nullité du Contrat d'assurance.

6.26.5. Si l'Assuré obtient la nationalité ou le titre de séjour d'un Pays couvert (le contrat d'assurance n'est plus valable sur le territoire de ce pays dès le moment où l'Assuré obtient la nationalité ou le titre de séjour), excepté les cas d'obtention du titre de séjour mention « étudiant ».

6.26.6. Dans les autres cas prévus par la législation en vigueur de la Fédération de Russie.

6.27. Le Souscripteur a le droit de refuser le Contrat d'assurance à tout moment.

6.27.1. En cas d'annulation du Contrat d'assurance sur demande du Souscripteur, le Contrat d'assurance sera considéré comme annulé dès la date de dépôt par le Souscripteur de la demande correspondante, si un autre délai plus tardif de cessation du contrat d'assurance n'est pas indiqué dans la demande du Souscripteur.

6.27.2. Pour résilier le Contrat d'assurance le Souscripteur doit envoyer via le site de l'Assureur ou par poste à l'adresse de l'Assureur une demande de résilier le Contrat d'assurance en utilisant le formulaire de l'Assureur signé par le Souscripteur lui-même et les documents qui sont énumérés dans la demande. En cas de réception des documents qui ne sont pas signés et dûment établis, l'Assureur a le droit de demander que le Souscripteur lui envoie les documents dûment établis dans un délai ne dépassant pas 10 (dix) jours ouvrables à compter de la date de réception par l'Assureur de la demande. En demandant ces documents l'Assureur suspend l'examen de la demande du Souscripteur de résilier le Contrat d'assurance et recommence l'examen à la date de réception des documents dûment établis.

6.27.3. La prime d'assurance payée sera remboursée au Souscripteur en vertu des documents suivants :

- Contrat d'assurance (Police d'assurance) ;
- demande contenant la cause de résiliation du Contrat d'assurance ;
- références du compte bancaire du Souscripteur (de l'Assuré). Pour les citoyens étrangers - il faut présenter les références du compte bancaire en dollars US, en euros ou en roubles. Les frais d'imputation sur le compte et d'obtention (de prélèvement) sur le compte du bénéficiaire des montants dus seront assumés par le bénéficiaire ;
- passeport du citoyen de la Fédération de Russie et/ou passeport à l'étranger du Souscripteur / de l'Assuré.

6.27.4. Si le Souscripteur refuse le Contrat d'assurance avant le début de la période de validité de l'assurance, l'Assureur retient 35 (trente-cinq) pour cent de la prime d'assurance payée, sauf les cas prévus par le p. 6.29 et le p.6.30 des présentes Conditions générales.

6.27.5. Si le Souscripteur refuse le Contrat d'assurance après le début de la période de validité de l'assurance, la prime d'assurance ne sera pas remboursée, sauf les cas prévus par le p.6.30 des présentes Conditions générales.

6.28. Au choix du Souscripteur la prime d'assurance sera remboursée en espèces ou par virement bancaire pendant 10 jours ouvrables à compter de la date de réception par l'Assureur du refus écrit du Souscripteur du Contrat d'assurance compte tenu des dispositions du p.6.27.2 des présentes Conditions générales.

6.29. Si le Souscripteur refuse le Contrat d'assurance pour le risque « Annulation d'un voyage », la prime d'assurance ne sera pas remboursée, sauf les cas prévus par le p.6.30 des présentes Conditions générales.

6.30. Le Souscripteur – personne physique a le droit de refuser le Contrat d'assurance prévoyant les risques « Dépenses médicales et d'autres dépenses en cas d'urgence » (sauf les Contrats d'assurance des voyageurs quittant le territoire de la Fédération de Russie ne prévoyant que le risque « Dépenses médicales et d'autres dépenses en cas d'urgence »), « Accident », « Responsabilité civile », « Bagage perdu », « Annulation d'un voyage » pendant 14 jours calendaires à compter de la date de sa conclusion, et en cas d'absence pendant cette période d'événements ayant les indicateurs des événements assurés, avec remboursement par l'Assureur de la prime d'assurance payée par le Souscripteur, sous réserve des conditions énumérées ci-dessous :

- si le Souscripteur a refusé le Contrat d'assurance pendant 14 jours calendaires à compter de la date de sa conclusion et avant la date d'apparition des obligations contractuelles de l'Assureur en vertu du Contrat d'assurance conclu (ci-après la date d'entrée en vigueur de l'assurance), la totalité de la prime d'assurance sera remboursée au Souscripteur.

- si le Souscripteur a refusé le Contrat d'assurance pendant 14 jours calendaires à compter de la date de sa conclusion, mais après la date d'entrée en vigueur de l'assurance), l'Assureur, en remboursant la prime d'assurance payée au Souscripteur, retient une partie de prime proportionnelle à la durée du Contrat d'assurance écoulée entre la date de début de la durée du Contrat et la date de résiliation du Contrat d'assurance.

En ce cas le montant de la prime d'assurance à rembourser sera calculé selon la formule suivante :

$$BC = (II1) \times M / N$$

où BC – montant de la prime à rembourser ; II1 – montant total de la prime d'assurance payée en vertu du Contrat d'assurance ; N – période de couverture en jours ; M – période de couverture non écoulée en jours.

6.31. La prime d'assurance sera remboursée pendant 10 jours ouvrables à compter de la date de réception par l'Assureur du refus écrit du Souscripteur du Contrat d'assurance en espèces ou par virement bancaire au choix du Souscripteur.

Le Contrat d'assurance sera considéré comme résilié à 00 heures 00 minutes de la date de réception par l'Assureur du refus écrit du Souscripteur du Contrat d'assurance ou d'une autre date établie par accord mutuel des parties contractantes, mais au plus tard 14 jours calendaires après la date de sa conclusion.

6.32. Sur demande du Souscripteur l'Assureur fournira le calcul écrit du montant de la prime d'assurance à rembourser en se référant aux points des Règles d'assurance et/ou des Conditions générales d'assurance, sur la base desquelles ce calcul a été fait.

7. DROITS ET OBLIGATIONS DES PARTIES CONTRACTANTES

7.1 Le Souscripteur (l'Assuré) a le droit de :

7.1.1. prendre connaissance des Conditions générales d'assurance ;

7.1.2. exiger que l'Assureur exécute toutes ses obligations prévues par le Contrat d'assurance ;

7.1.3. déposer auprès de l'Assureur la demande d'apporter les modifications dans le Contrat relatives aux conditions essentielles de l'assurance avant le début de la période de validité de l'assurance et avec recalcul nécessaire du montant de la prime d'assurance. En ce cas un nouveau Contrat d'assurance (la Prime d'assurance) sera établi(e) ;

7.1.4. obtenir un duplicata de la Police d'assurance en cas de sa perte ;

7.1.5. résilier le Contrat d'assurance selon les modalités prévues par la législation civile et les Règles

d'assurance ;

7.1.6. obtenir de l'Assureur l'information relative à sa solidité financière non couverte par le secret commercial.

7.1.7. payer lui-même les dépenses liées à un événement assuré, si le montant de dépenses est inférieur ou égal à 300 u.c., sans accord de l'Assureur et/ou de la Société de service.

7.1.8. demander une copie de la procuration de l'employé qui a signé le Contrat d'assurance (la Police d'assurance).

7.2. Le Souscripteur (l'Assuré) s'engage à :

7.2.1. lors de la conclusion du Contrat d'assurance fournir à l'Assureur l'information fiable sur l'Assuré, ainsi que sur toutes les circonstances qu'il connaît ayant une valeur essentielle pour estimer les risques assurés ;

7.2.2. payer la prime d'assurance dont le montant et les délais de paiement seront définis par le Contrat d'assurance ;

7.2.3. respecter les dispositions des présentes Conditions générales d'assurance ;

7.2.4. pendant la durée du Contrat d'assurance notifier à l'Assureur l'information reçue par lui sur toute circonstance qui peut influencer sur l'augmentation du risque assuré ;

7.2.5. agir raisonnablement et prendre toutes les mesures de précaution pour éviter un accident ou une maladie imprévue ;

7.2.6. en faisant un voyage à l'étranger respecter les règles d'entrée dans un pays de séjour temporaire, de sortie du pays de séjour temporaire et de séjour dans ce pays, ainsi que dans les pays de transit ;

7.2.7. pendant le voyage respecter la législation du pays de séjour, les règles de sécurité personnelle et assurer l'intégrité des bagages assurés ;

7.2.8. en cas d'arrivée des événements ayant les indicateurs d'un événement assuré exécuter les prescriptions des points 8, 12, 17, 20, 25, 29-31 des présentes Conditions générales d'assurance réglementant les obligations de l'Assuré lors de l'arrivée d'un événement assuré.

7.3. L'Assureur a le droit de :

7.3.1. pour apporter l'aide nécessaire à l'Assuré dans un Pays couvert impliquer des Sociétés de service ou d'autres entités dûment habilitées par l'Assureur ;

7.3.2. vérifier l'information fournie par le Souscripteur (l'Assuré, le Bénéficiaire d'assurance), ainsi que l'exécution par le Souscripteur (l'Assuré) des exigences du Contrat d'assurance ;

7.3.3. organiser l'examen de l'Assuré pour apprécier l'état réel de sa santé ;

7.3.4. Recommander au Souscripteur (à l'Assuré) :

- s'adresser lui-même à un établissement médical licencié officiel pour demander l'aide médicale urgente compte tenu des signes vitaux et avec appel d'une ambulance locale, payer cette aide en espèce et conserver tous les documents liés à l'événement ayant des indicateurs d'un événement assuré, pour s'adresser postérieurement à l'Assureur qui prendra la décision relative au remboursement des frais médicaux ;

- sur ordre d'une Société de service s'adresser à un établissement médical licencié officiel pour obtenir l'aide médicale nécessaire, payer cette aide en espèce et conserver tous les documents liés à l'événement ayant des indicateurs d'un événement assuré, pour s'adresser postérieurement à l'Assureur qui prendra la décision relative au remboursement des frais médicaux.

7.3.5. éclaircir lui-même les causes et les circonstances de l'événement ayant des indicateurs d'un événement assuré, si nécessaire, demander des informations auprès des organes compétents, des établissements médicaux, des Sociétés de service possédant les informations sur les circonstances d'un événement arrivé, ainsi qu'éclaircir lui-même les causes et les circonstances de l'événement ;

7.3.6. refuser le paiement d'une indemnité ou diminuer le montant de l'indemnité, si le Souscripteur (l'Assuré) :

- n'a pas informé à temps la Société de service sur l'événement assuré, et de cette façon n'a pas permis d'établir toutes les circonstances de l'événement assuré ;

- n'a pas fourni tous les documents nécessaires pour prendre la décision relative au paiement de l'indemnité, définir

son montant ;

- si un événement assuré a eu lieu lors de l'exécution par l'Assuré de tout type de travaux non prévus par les dispositions du contrat de travail (si le nom de la profession est indiqué dans le Contrat d'assurance) ;

- si le Souscripteur (l'Assuré) a fourni à l'Assureur des informations sciemment fausses sur sa santé (ou sur la santé de l'Assuré) et/ou sur le volume et le prix des services médicaux payés, d'autres informations nécessaires pour la conclusion d'un Contrat d'assurance.

7.3.7. en cas d'une force majeure refuser d'exécuter ses obligations contractuelles ou modifier les délais d'exécution ;

7.3.8. exiger de reconnaître la nullité du Contrat d'assurance et appliquer des conséquences prévues par la législation de la Fédération de Russie, s'il est établi que le Souscripteur (l'Assuré) a fourni des informations sciemment fausses sur les circonstances ayant une valeur essentielle pour définir le degré du risque et le montant des pertes causées par l'arrivée de l'événement assuré.

7.3.9. pour le risque « Bagage perdu » vérifier l'intérêt patrimonial, obtenir les documents confirmant la présence de l'intérêt patrimonial de la part du Souscripteur et vérifier la fiabilité des documents et l'actualité de l'information qu'ils contiennent.

Après l'analyse de l'ensemble de données et de documents obtenus, l'Assureur fera la conclusion sur la présence ou l'absence d'intérêt patrimonial chez le Souscripteur.

Le Contrat d'assurance des biens des citoyens conclu en absence d'intérêt patrimonial chez le Souscripteur de conserver les biens assurés ne sera pas valable.

7.4. L'Assureur s'engage à :

7.4.1. faire connaître au Souscripteur (aux Assurés), ainsi qu'aux personnes ayant l'intention de conclure un contrat d'assurance, les Conditions générales d'assurance, les Règles d'assurance, y compris au moyen de leur affichage sur le site de l'Assureur à l'adresse : www.euro-ins.ru/o_kompanii/regulations/.ru, ainsi qu'expliquer les dispositions des Conditions générales d'assurance et des Règles.

7.4.2. assurer la confidentialité de ses relations avec le Souscripteur (l'Assuré) ;

7.4.3. payer les indemnités dans les cas reconnus par l'Assureur comme les événements assurés dans les délais et selon les modalités prévues par le Contrat d'assurance et/ou les présentes Conditions générales d'assurance ;

7.4.4. respecter les conditions du Contrat d'assurance et les dispositions des présentes Conditions générales d'assurance ;

7.4.5. sur demande écrite du Souscripteur présenter le rapport de calcul de la prime d'assurance ;

7.4.6. sur demande orale ou écrite du Souscripteur, y compris reçue par voie électronique, dans un délai ne dépassant pas 30 jours à compter de la date de réception de la demande, sous réserve de la possibilité d'identifier le Souscripteur en conformité avec les exigences de la Loi fédérale du 27 juin 1996 N°152-FZ « Sur la protection des données personnelles », l'Assureur, après la prise de la décision de payer une indemnité, fournira l'information sur le calcul du montant de l'indemnité, qui doit comprendre :

- montant final de l'indemnité à payer ;

- formule de calcul du montant de l'indemnité ;

- liste exhaustive des normes et (ou) des dispositions du contrat d'assurance et (ou) des présentes Conditions générales et/ou des Règles d'assurance, des circonstances et des documents, sur la base desquelles le calcul a été fait.

7.4.7. sur demande écrite du Souscripteur, dans un délai ne dépassant pas 30 jours, l'Assureur s'engage à lui fournir par écrit l'information complète et les documents (y compris les copies des documents et (ou) les extraits des documents), sur la base desquelles l'Assureur a pris la décision de payer l'indemnité (excepté les documents certifiant la présence des actions illégales commises par le Souscripteur orientées vers l'obtention d'une indemnité), gratuitement 1 fois par événement assuré. Cette information et ces documents seront fournis en volume ne contredisant pas la législation en vigueur de la Fédération de Russie ;

7.4.8. informer le Souscripteur (l'Assuré) sur les questions liées à l'exécution du contrat d'assurance, y compris :

7.4.8.1. notifier au Souscripteur les conditions complémentaires de conclusion du contrat d'assurance (examens

médicaux de la personne à assurer) et la possibilité de modifier le montant de la prime d'assurance après l'obtention des résultats de cet examen ;

7.4.8.2. informer le Souscripteur sur un retard de paiement de la cotisation sociale suivante ou sur le non-paiement de la totalité de la cotisation, ainsi que sur les conséquences de cette violation au moyen indiqué par le souscripteur dans sa demande d'assurance lors de la conclusion du contrat (de la police) d'assurance. Si le contrat (la police) d'assurance est conclu(e) en vertu d'une demande orale, la notification sera envoyée à l'adresse indiquée par le souscripteur dans le contrat d'assurance ;

7.4.9. lors de la réception de la demande du Souscripteur l'informer sur :

7.4.9.1. toutes les actions nécessaires prévues par le contrat et (ou) les Conditions générales d'assurance que le Souscripteur doit faire, et sur tous les documents qu'il doit fournir obligatoirement pour l'examen de la question de reconnaissance d'un événement comme un événement assuré et de définition du montant de l'indemnité, ainsi que sur les délais de réalisation de ces actions et de fourniture de documents ;

7.4.9.2. sur la forme et les moyens de paiement de l'indemnité prévus par le contrat et les présentes Conditions générales d'assurance et sur l'ordre de modification de ces conditions orientées vers la garantie des droits du Souscripteur d'obtenir l'indemnité par un moyen qu'il choisira parmi ceux énumérés dans le contrat d'assurance ;

7.4.10. en cas d'absence de supports juridiques pour payer l'indemnité l'Assureur en informera le Souscripteur (le Bénéficiaire d'assurance, l'Assuré) dans les délais et selon les modalités prévus par le p.3.8. des présentes Conditions générales.

7.4.11. en cas de conclusion d'un Contrat d'assurance l'Assureur informera le Souscripteur sur les adresses de réception des documents en cas d'arrivée des événements ayant les indicateurs des événements assurés, ainsi qu'il l'informer opportunément sur le changement de ces adresses, y compris, mais sans s'y limiter, via le site officiel de l'Assureur www.euro-ins.ru ;

7.5. Toute notification envoyée par l'Assureur au Souscripteur (à l'Assuré) est considérée comme dûment envoyée, si elle est envoyée :

- par poste à l'adresse du Souscripteur (de l'Assuré) – personne physique, ou à une autre adresse indiquée par le Souscripteur dans le contrat d'assurance (la Police d'assurance) et dans les avenants au contrat, dans la demande de payer une indemnisation. En cas de changement d'adresse le Souscripteur s'engage à en informer l'Assureur par écrit par voie électronique en envoyant une notification à l'adresse : info@euro-ins.ru;

- par poste à l'adresse d'enregistrement du Souscripteur – personne morale, ou à une autre adresse indiquée par le Souscripteur dans le contrat d'assurance (la Police d'assurance) et dans les avenants au contrat, dans la demande de payer une indemnisation. En cas de changement d'adresse le Souscripteur s'engage à en informer l'Assureur par écrit par voie électronique en envoyant une notification à l'adresse : info@euro-ins.ru. En tout cas toute notification est considérée comme dûment envoyée, si elle est envoyée à l'adresse du siège social du Souscripteur indiquée dans l'extrait du Registre unique d'État des personnes morales valable à la date d'envoi de cette notification ;

- par voie électronique à l'adresse du Souscripteur (de l'Assuré) indiquée par le Souscripteur dans le contrat d'assurance (la Police d'assurance) et dans les avenants au contrat, dans la demande de payer une indemnisation. En cas de changement d'adresse électronique le Souscripteur s'engage à en informer l'Assureur par écrit par voie électronique en envoyant une notification à l'adresse : info@euro-ins.ru;

- par appel du portable du Souscripteur (de l'Assuré) dont le numéro est indiqué par le Souscripteur dans le contrat d'assurance (la Police d'assurance) et dans les avenants au contrat, dans la demande de payer une indemnisation. En cas de changement de numéro de téléphone le Souscripteur s'engage à en informer l'Assureur par écrit par voie électronique en envoyant une notification à l'adresse : info@euro-ins.ru;

8. Obligations communes des parties en cas d'arrivée des événements ayant des indicateurs d'un événement assuré.

8.1. En cas d'arrivée d'un événement ayant des indicateurs d'un événement assuré le Souscripteur (l'Assuré) s'engage à :

8.1.1. prendre des mesures raisonnables et accessibles dans la situation existante pour réduire les dépenses éventuelles et agir de telle façon que s'il n'est pas assuré ;

8.1.2. en informer immédiatement la Société de service et l'Assureur par téléphones indiqués dans le Contrat d'assurance (la Police d'assurance) pour leur donner la possibilité d'organiser à temps l'aide nécessaire, de donner des recommandations nécessaires, etc. ;

8.1.3. suivre strictement les instructions de la Société de service et de l'Assureur et les prescriptions des médecins habilités ;

8.1.4. exécuter les obligations prévues par les présentes Conditions générales d'assurance pour la situation existante en fonction du type d'événement (de risque assuré) ;

8.1.5. rester en contact avec le centre d'assistance 24h/24 de la Société de service en utilisant les moyens de communication possibles ;

8.1.6. délivrer sur demande de l'Assureur et/ou de son Représentant (Société de service, établissement médical, etc.) l'autorisation écrite d'obtenir l'information nécessaire auprès des établissements médicaux et d'autres établissements et contribuer à l'obtention de cette information.

8.2. En demandant une aide prévue par le Contrat d'assurance l'Assuré (ou son représentant) et/ou le Souscripteur s'engage à fournir, entre autres, l'information suivante :

- nom, prénom de l'Assuré, son emplacement et numéro de téléphone de contact ;
- numéro du Contrat d'assurance (de la Police d'assurance), sa durée de validité, nom de l'Assureur ;
- heure et circonstances d'arrivée de l'événement, type d'aide demandée ;
- d'autres informations que demandera le représentant de la Société de service ou de l'Assureur, y compris le document servant de fondement du séjour dans un Pays couvert (visa du pays de séjour, titre de séjour temporaire, etc.), copies de toutes les pages du passeport à l'étranger.

8.3. Après la réception du message informant sur l'arrivée d'un événement ayant des indicateurs d'un événement assuré, l'Assureur s'engage à :

8.3.1. assurer l'exécution de ses obligations en vertu du Contrat d'assurance ;

8.3.2. éclaircir les circonstances d'arrivée de l'événement ;

8.3.3. après la réception de tous les documents nécessaires pour classer l'événement arrivé comme l'événement assuré, établir l'acte d'assurance et calculer le montant de l'indemnité dans les délais et selon les modalités prévues par les présentes Conditions générales d'assurance ;

8.3.4. Identifier le Bénéficiaire d'assurance en remboursant les pertes, si le contrat d'assurance prévoit sa conclusion sans indication des nom, prénom, nom patronymique (si présent) du Bénéficiaire d'assurance (tiers, héritiers légaux) ;

8.3.5. Payer une indemnité (ou informer sur le refus de payer l'indemnité en présence des fondements) dans les délais établis par le Contrat d'assurance et les Règles d'assurance.

CHAPITRE II. RISQUE « DÉPENSES MÉDICALES ET D'AUTRES DÉPENSES EN CAS D'URGENCE »

9. Le risque assuré « Dépenses médicales et d'autres dépenses en cas d'urgence » prévoit les dépenses (pertes) pour payer l'aide médicale urgente et immédiate, y compris l'évacuation médicale de l'Assuré, et d'autres dépenses urgentes supportées suite à un traumatisme, un empoisonnement, une maladie aiguë imprévue ou l'aggravation d'une maladie chronique, le décès de l'Assuré en résultat d'une maladie imprévue, d'un traumatisme ou d'un empoisonnement pendant le séjour dans les Pays couverts.

10. Sont à payer / rembourser les dépenses liées au risque « Dépenses médicales et d'autres dépenses en cas d'urgence » en volume prévu par le Programme d'assurance choisi par le Souscripteur et indiqué dans la Police d'assurance

10.1. Programme d'assurance A (Économe)

Selon le programme A (Économe) sont à payer / rembourser les dépenses pour :

10.1.1. L'aide médicale urgente et immédiate en volume suivant :

10.1.1.1. consultation d'un généraliste et/ou spécialiste ; examens diagnostiques urgents et immédiats, traitement ambulatoire prescrits par le médecin traitant (compte tenu des exceptions énumérées dans le p.11 des présentes Conditions générales d'assurance) ; médicaments, moyens de pansement prescrits par le médecin traitant ;

Si le programme d'assurance A est indiqué dans le Contrat d'assurance, et plus de 90 jours sont indiqués dans la colonne « Nombre de jours assurés », 2 visites médicales au maximum seront payées par événement assuré.

10.1.1.2. séjour et traitement à l'hôpital, y compris les interventions chirurgicales (compte tenu des exceptions énumérées dans le p.11 des présentes Conditions générales d'assurance) ; examens diagnostiques urgents avec choix postérieur du traitement ; médicaments, moyens de pansement prescrits par le médecin traitant ;

L'Assureur a le droit de refuser le remboursement du prix des procédures médicales et diagnostiques recommandées par le médecin traitant, si elles, selon l'avis du médecin désigné par l'Assureur, ne sont pas urgentes ou peuvent être remplacées par d'autres examens diagnostiques. Le médecin-expert désigné par la Société de service et/ou l'Assureur doit avoir un accès libre à l'Assuré et la possibilité de prendre connaissance de l'histoire de la maladie.

10.1.1.3. urgence dentaire en cas d'apparition d'une douleur dentaire aiguë et des traumatismes des dents naturelles. En ce cas l'Assureur ne remboursera que les dépenses de l'Assuré pour : l'anesthésie locale, la radiographie dentaire, la pose de la pâte dévitalisante en cas d'une pulpite aiguë ou d'une aggravation de la pulpite chronique, une avulsion dentaire en cas d'aggravation d'une périodontite, d'une périostéite, d'une parodontite, d'une pulpite chroniques, l'ouverture et le drainage de l'infiltrat inflammatoire. Les dépenses pour l'urgence dentaire prévues par le programme A seront remboursées dans les limites suivantes :

- en cas des voyages à l'étranger des citoyens de la Fédération de Russie et des citoyens étrangers quittant les pays dont ils détiennent la citoyenneté – 200 unités conventionnelles au maximum pour toute la période de validité de l'assurance établie par le Contrat d'assurance ;

- lors des voyages des citoyens étrangers sur le territoire de la Fédération de Russie – 200 unités conventionnelles au maximum pour toute la période de validité de l'assurance établie par le Contrat d'assurance ;

- lors des voyages des citoyens de la Fédération de Russie sur le territoire de la Fédération de Russie – 3 000 roubles au maximum pour toute la période de validité de l'assurance établie par le Contrat d'assurance ;

10.1.1.4. Si dans la colonne « Montant assuré » du Contrat d'assurance est indiqué le montant de 100 000 u.c. ou 120 000 u.c., la limite agrégée à rembourser pour l'**Aide médicale urgente ou immédiate** est de 40 000 u.c.

10.1.2. L'évacuation médicale en volume suivant :

10.1.2.1. transport par tout moyen accessible et raisonnable, si la vie de l'Assuré est menacée, dans l'établissement médical le plus proche pour apporter une aide médicale urgente. En même temps les frais de transport de l'Assuré par hélicoptère ne seront remboursés que dans les limites de 5 000 (cinq mille) u.c. Les frais de transport de retour de l'établissement médical ne seront pas remboursés. Toute complication ou conséquence négative pour la santé de l'Assuré en résultat d'un transport incorrect réalisé par tout moyen, sauf le transport médical spécialisé et/ou le transport approuvé par la Société de service ou l'Assureur, n'est pas couverte ;

10.1.2.2. transport de l'Assuré accompagné, si nécessaire, d'un employé de l'établissement médical, dans lequel il a été transporté du lieu d'accident, équipé pour le traitement des dommages corporels reçus ou d'une maladie concrète ;

10.1.2.3. transport avec accompagnement par le personnel médical (si ce transport est nécessaire pour raisons médicales) jusqu'au hub de transport international du pays de résidence permanente - lors des voyages à l'étranger ou jusqu'au hub de transport (aéroport, gare, port) le (la) plus proche du lieu de résidence permanente de l'Assuré - lors des voyages sur le territoire de la Fédération de Russie.

Lors du transport la Société de service (ou l'Assureur) a le droit d'utiliser le billet de retour de l'Assuré à son gré (y compris le rendre à la société de transport, l'échanger, etc.). En même temps l'Assuré ne doit pas empêcher la Société de service (ou l'Assureur) de réaliser ce droit.

La nécessité et le moyen de transport et la nécessité d'accompagnement médical sera défini(e) ensemble avec le médecin traitant, le représentant (le médecin) de la Société de service et le représentant de l'Assureur. L'aviation sanitaire n'est utilisée que dans les cas exceptionnels, quand l'état de l'Assuré ne permet pas d'utiliser d'autres moyens de transport. Le médecin-expert désigné par la Société de service et/ou l'Assureur doit avoir un accès libre à l'Assuré et la possibilité de prendre connaissance de l'histoire de la maladie ;

10.1.2.4. transport de l'Assuré des Pays couverts avec accompagnement médical nécessaire dans un hôpital qui convient, le plus proche du lieu de résidence permanente de l'Assuré, si son état admet ce transport (cette évacuation) et si le montant des frais de traitement supposés de l'Assuré dans les Pays couverts est supérieur au montant des frais d'évacuation. Le médecin traitant ou le représentant médical de la Société de service doit définir, si l'état de l'Assuré permet de l'évacuer comme un passager ordinaire ou si les mesures préparatoires complémentaires (accessoires, moyens) sont nécessaires ;

10.1.2.5. Si dans la colonne « Montant assuré » du Contrat d'assurance est indiqué le montant de 100 000 u.c. ou 120 000 u.c., la limite agrégée à rembourser pour l'**Évacuation médicale** est de 40 000 u.c.

10.1.3. D'autres frais urgents en volume suivant :

10.1.3.1. Appels téléphoniques de la Société de service et/ou de l'Assureur.

Frais de négociation par téléphone avec la Société de service et/ou l'Assureur, si l'événement arrivé est classé comme un événement assuré. Facture de téléphone doit contenir les données suivantes : date d'appel, numéro de téléphone, durée de la conversation, coût de la conversation. Le Souscripteur (l'Assuré) doit présenter le document confirmant le paiement de cette facture.

10.1.3.2. Le rapatriement du corps en cas de décès de l'Assuré en résultat d'une maladie imprévue, d'un traumatisme et/ou d'un empoisonnement.

En cas de décès de l'Assuré l'Assureur payera l'organisation par la Société de service du rapatriement du corps, ainsi qu'il payera les dépenses approuvées et sanctionnées par la Société de service relatives à l'ouverture et l'embaumement du corps, la conservation du corps dans la morgue, l'achat d'un cercueil nécessaire pour le transport, l'établissement des documents nécessaires pour le transport, le transport du corps jusqu'au hub de transport international du pays de résidence permanente - lors des voyages à l'étranger ou jusqu'au hub de transport (aéroport, gare, port) le (la) plus proche du lieu de résidence permanente de l'Assuré - lors des voyages sur le territoire de la Fédération de Russie.

Le rapatriement du corps sera effectué en conformité avec les normes internationales.

Les frais d'organisation des obsèques et frais d'enterrement ne seront pas remboursés.

10.1.3.3. Si dans la colonne « Montant assuré » du Contrat d'assurance est indiqué le montant de 100 000 u.c., la limite agrégée à rembourser pour **D'autres dépenses en cas d'urgence** est de 20 000 u.c.

10.1.3.4. Si dans la colonne « Montant assuré » du Contrat d'assurance est indiqué le montant de 120 000, la limite agrégée à rembourser pour **D'autres dépenses en cas d'urgence** est de 40 000 u.c.

10.2 Programme d'assurance B (Standard)

Selon le programme B (Standard) sont à payer / rembourser les dépenses pour :

10.2.1. L'aide médicale urgente et immédiate en volume suivant :

10.2.1.1. consultation d'un généraliste et/ou spécialiste ; examens diagnostiques urgents et immédiats, traitement prescrits par le médecin traitant (compte tenu des exceptions énumérées dans le p.11 des présentes Conditions générales d'assurance) ; médicaments, moyens de pansement prescrits par le médecin traitant ;

10.2.1.2. séjour et traitement à l'hôpital, y compris les interventions chirurgicales (compte tenu des exceptions énumérées dans le p.11 des présentes Conditions générales d'assurance) ; examens diagnostiques urgents avec choix postérieur du traitement ; médicaments, moyens de pansement prescrits par le médecin traitant ;

L'Assureur a le droit de refuser le remboursement du prix des procédures médicales et diagnostiques recommandées par le médecin traitant, si elles, selon l'avis du médecin désigné par l'Assureur, ne sont pas urgentes ou peuvent être remplacées par d'autres examens diagnostiques. Le médecin-expert désigné par la Société de service et/ou l'Assureur doit avoir un accès libre à l'Assuré et la possibilité de prendre connaissance de l'histoire de la maladie.

10.2.1.3. urgence dentaire en cas d'apparition d'une douleur dentaire aiguë et des traumatismes des dents naturelles. En ce cas l'Assureur ne remboursera que les dépenses de l'Assuré pour : l'anesthésie locale, la radiographie dentaire, la pose de la pâte devitalisante en cas d'une pulpite aiguë ou d'une aggravation de la pulpite chronique, une avulsion dentaire en cas d'aggravation d'une périodontite, d'une périostéite, d'une parodontite, d'une pulpite chroniques, l'ouverture et le drainage de l'infiltrat inflammatoire. Les dépenses pour l'urgence dentaire prévues par le programme B seront remboursées dans les limites suivantes :

- en cas des voyages à l'étranger des citoyens de la Fédération de Russie et des citoyens étrangers quittant les pays de résidence permanente – 200 unités conventionnelles au maximum pour toute la période de validité de l'assurance établie par le Contrat d'assurance ;

- lors des voyages des citoyens étrangers sur le territoire de la Fédération de Russie – 200 unités conventionnelles au maximum pour toute la période de validité de l'assurance établie par le Contrat d'assurance ;

- lors des voyages des citoyens de la Fédération de Russie sur le territoire de la Fédération de Russie – 3 000 roubles au maximum pour toute la période de validité de l'assurance établie par le Contrat d'assurance ;

10.2.1.4. Si dans la colonne « Montant assuré » du Contrat d'assurance est indiqué le montant de 100 000 u.c. ou 120 000 u.c., la limite agrégée à rembourser pour l'**Aide médicale urgente ou immédiate** est de 50 000 u.c.

10.2.2. L'évacuation médicale en volume suivant :

10.2.2.1. transport par tout moyen accessible et raisonnable, si la vie de l'Assuré est menacée, dans l'établissement médical le plus proche pour apporter une aide médicale urgente. En même temps les frais de transport de l'Assuré par hélicoptère ne seront remboursés que dans les limites de 5 000 (cinq mille) u.c. Les frais de transport de retour de l'établissement médical ne seront pas remboursés. Toute complication ou conséquence négative pour la santé de l'Assuré en résultat d'un transport incorrect réalisé par tout moyen, sauf le transport médical spécialisé et/ou le transport approuvé par la Société de service ou l'Assureur, n'est pas couverte ;

10.2.2.2. transport de l'Assuré accompagné, si nécessaire, d'un employé de l'établissement médical, dans lequel il a été transporté du lieu d'accident, équipé pour le traitement des dommages corporels reçus ou d'une maladie concrète ;

10.2.2.3. transport avec accompagnement par le personnel médical (si ce transport est nécessaire pour raisons médicales) jusqu'au hub de transport international du pays de résidence permanente - lors des voyages à l'étranger ou jusqu'au hub de transport (aéroport, gare, port) le plus proche du lieu de résidence permanente de l'Assuré - lors des voyages sur le territoire de la Fédération de Russie.

Lors du transport la Société de service (ou l'Assureur) a le droit d'utiliser le billet de retour de l'Assuré à son gré (y compris le rendre à la société de transport, l'échanger; etc.). En même temps l'Assuré ne doit pas empêcher la Société de service (ou l'Assureur) de réaliser ce droit.

La nécessité et le moyen de transport et la nécessité d'accompagnement médical sera défini(e) ensemble avec le médecin traitant, le représentant (le médecin) de la Société de service et le représentant de l'Assureur. L'aviation sanitaire n'est utilisée que dans les cas exceptionnels, quand l'état de l'Assuré ne permet pas d'utiliser d'autres moyens de transport. Le médecin-expert désigné par la Société de service et/ou l'Assureur doit avoir un accès libre à l'Assuré et la possibilité de prendre connaissance de l'histoire de la maladie ;

10.2.2.4. transport de l'Assuré des Pays couverts avec accompagnement médical nécessaire dans le hôpital qui convient le plus proche du lieu de résidence permanente de l'Assuré, si son état admet ce transport (cette évacuation) et si le montant des frais supposés de traitement de l'Assuré dans les Pays couverts est supérieur au montant des frais d'évacuation. Le médecin traitant ou le représentant médical de la Société de service doit définir, si l'état de l'Assuré permet de l'évacuer comme un passager ordinaire ou si les mesures préparatoires complémentaires (accessoires, moyens) sont nécessaires ;

10.2.2.5. Si dans la colonne « Montant assuré » du Contrat d'assurance est indiqué le montant de 100 000 u.c. ou 120 000 u.c., la limite agrégée à rembourser pour l'**Évacuation médicale** est de 30 000 u.c.

10.2.3. D'autres frais urgents en volume suivant :

10.2.3.1. Appels téléphoniques de la Société de service et/ou de l'Assureur.

Frais de négociation par téléphone avec la Société de service et/ou l'Assureur, si l'événement arrivé est classé comme un événement assuré. Facture de téléphone doit contenir les données suivantes : date d'appel, numéro de téléphone, durée de la conversation, coût de la conversation. Le Souscripteur (l'Assuré) doit présenter le document confirmant le paiement de cette facture.

10.2.3.2. Le rapatriement du corps en cas de décès de l'Assuré en résultat d'une maladie imprévue, d'un traumatisme et/ou d'un empoisonnement.

En cas de décès de l'Assuré l'Assureur payera l'organisation par la Société de service du rapatriement du corps, ainsi qu'il payera les dépenses approuvées et sanctionnées par la Société de service relatives à l'ouverture et l'embaumement du corps, la conservation du corps dans la morgue, l'achat d'un cercueil nécessaire pour le

transport, l'établissement des documents nécessaires pour le transport, le transport du corps jusqu'au hub de transport international du pays de résidence permanente - lors des voyages à l'étranger ou jusqu'au hub de transport (aéroport, gare, port) le (la) plus proche du lieu de résidence permanente de l'Assuré - lors des voyages sur le territoire de la Fédération de Russie.

Le rapatriement du corps sera effectué en conformité avec les normes internationales.

Les frais d'organisation des obsèques et frais d'enterrement ne seront pas remboursés.

10.2.3.3. Le retour de l'Assuré des Pays couverts, si, à cause d'un traitement médical suite à un événement assuré l'Assuré ne peut pas revenir des Pays couverts par vol de retour planifié, et notamment : les frais pour l'achat d'un billet de retour en classe économie jusqu'à l'aéroport/la gare ferroviaire/le port indiqué(e) dans le billet de retour initial de l'Assuré, ainsi que les frais d'hébergement de l'Assuré d'un montant de :

- en cas des voyages à l'étranger des citoyens de la Fédération de Russie et des citoyens étrangers quittant les pays de résidence permanente – 80 unités conventionnelles au maximum par jour en période allant dès la date de sortie de l'hôpital et jusqu'à la date de sortie des Pays couverts, mais 5 jours au maximum.

- lors des voyages des citoyens étrangers sur le territoire de la Fédération de Russie – 100 unités conventionnelles au maximum par jour en période allant dès la date de sortie de l'hôpital et jusqu'à la date de départ et de retour au lieu de résidence permanente, mais 5 jours au maximum.

- lors des voyages des citoyens de la Fédération de Russie sur le territoire de la Fédération de Russie – 1 500 roubles/par jour au maximum en période allant dès la date de sortie de l'hôpital et jusqu'à la date de départ pour retourner dans le lieu de résidence permanente, mais 5 jours au maximum.

En même temps l'Assureur ne payera pas les frais de repas de l'Assuré, ainsi que les frais de l'accompagnant.

10.2.3.4. Visite d'un tiers en situation d'urgence.

Si l'état de santé de l'Assuré est apprécié par le médecin traitant et le représentant médical de la Société de service comme critique, quand le décès du patient est possible, l'Assureur remboursera le coût d'un billet aller-retour en classe économie ou équivalente pour un parent de l'Assuré. En même temps les frais d'hébergement et de repas du parent (d'une autre personne) ne seront pas remboursés.

10.2.3.5. Évacuation des enfants mineurs accompagnant l'Assuré.

Seront remboursés les frais de transport dans le pays de résidence permanente des enfants mineurs (âgés de moins de 18 ans) de l'Assuré restant dans les Pays couverts sans tuteur en résultat d'arrivée d'un événement assuré à l'Assuré. En même temps sera remboursé le coût d'un billet (d'avion, de train) en classe économie ou équivalente d'un moyen de transport approuvé par l'Assureur (si nécessaire en accompagnement d'un employé du transporteur ou de l'Assureur).

Le transport ne peut être organisé que par la Société de service et que si l'enfant mineur est titulaire du passeport à l'étranger (quand il est hors du pays de résidence permanente) et en présence de la procuration des parents autorisant ce transport.

10.2.3.6. Fourniture de services d'interprétation :

Seront remboursés les frais d'interprétation, si un interprète est impliqué aux fins d'établissement du diagnostic de l'Assuré hospitalisé. L'interprète est engagé par la Société de service, si l'établissement médical donne son autorisation.

10.2.3.7. Les frais de perte/vol des documents délivrés suite à une maladie, un traumatisme ou un empoisonnement imprévu(e) de l'Assuré pendant son séjour temporaire dans les Pays couverts.

Seront remboursés les frais de paiement des droits de chancellerie pour la délivrance d'un nouveau passeport à l'étranger au lieu du passeport perdu/volé. La Société de service peut donner une consultation nécessaire pour obtenir des duplicatas, de nouveaux documents au lieu de ceux perdus/volés, sans lesquels il est impossible de revenir dans le pays de résidence permanente.

10.2.3.8. Les opérations de recherche et de sauvetage menées pour trouver l'Assuré dans les montagnes, en mer, dans le désert, dans la jungle et d'autres régions éloignées, y compris les frais de recherche avec utilisation d'un avion /bateau et frais d'évacuation du bord d'un bateau ou de la mer sur la terre.

Le montant max des frais d'opérations de recherche et de sauvetage à rembourser est de :

- en cas des voyages à l'étranger des citoyens de la Fédération de Russie et des citoyens étrangers quittant les pays de résidence permanente – 3 000 unités conventionnelles au maximum pour toute la période de recherche ;
- lors des voyages des citoyens étrangers sur le territoire de la Fédération de Russie – 3 000 unités conventionnelles au maximum pour toute la période de recherche ;
- lors des voyages des citoyens de la Fédération de Russie sur le territoire de la Fédération de Russie - 50 000 roubles au maximum pour toute la période de recherche.

Les frais d'opérations de recherche et de sauvetage ne seront remboursés que dans les cas, quand les frais seront assumés par l'Assuré (ses parents proches ou ses représentants) et ne seront pas remboursés plus tard par l'État ou les sociétés privées et les personnes physiques, si le Contrat d'assurance (la Police d'assurance) couvre les risques suivants : loisirs d'hiver actifs, loisirs extrêmes, sport, activité professionnelle, camp de sport pour les enfants.

10.2.3.8. Si dans la colonne « Montant assuré » du Contrat d'assurance est indiqué le montant de 100 000 u.c., la limite agrégée à rembourser pour **D'autres dépenses en cas d'urgence** est de 20 000 u.c.

10.2.3.9. Si dans la colonne « Montant assuré » du Contrat d'assurance est indiqué le montant de 120 000, la limite agrégée à rembourser pour **D'autres dépenses en cas d'urgence** est de 40 000 u.c.

10.3. Programme d'assurance C

3.1.10. Le programme d'assurance C prévoit le paiement/remboursement des frais de rapatriement du corps en cas de décès de l'Assuré en résultat d'une maladie imprévue, d'un traumatisme et/ou d'un empoisonnement.

En cas de décès de l'Assuré l'Assureur payera l'organisation par la Société de service du rapatriement du corps, ainsi qu'il payera les dépenses approuvées et sanctionnées par la Société de service relatives à l'ouverture et l'embaumement du corps, la conservation du corps dans la morgue, l'achat d'un cercueil nécessaire pour le transport, l'établissement des documents nécessaires pour le transport, le transport du corps jusqu'au hub de transport international du pays de résidence permanente - lors des voyages à l'étranger ou jusqu'au hub de transport (aéroport, gare, port) le plus proche du lieu de résidence permanente de l'Assuré - lors des voyages sur le territoire de la Fédération de Russie.

Le rapatriement du corps sera effectué en conformité avec les normes internationales.

Les frais d'organisation des obsèques et frais d'enterrement ne seront pas remboursés.

10.4. Programmes d'assurance MULTI, MULTI-1

Selon les programmes MULTI, MULTI-1 sont à payer / rembourser les dépenses pour :

10.4.1. L'aide médicale urgente et immédiate en volume suivant :

10.4.1.1. consultation d'un généraliste et/ou spécialiste ; examens diagnostiques urgents et traitement prescrits par le médecin traitant (compte tenu des exceptions énumérées dans le p.11 des présentes Conditions générales d'assurance) ; médicaments, moyens de pansement prescrits par le médecin traitant ;

Selon le programme **MULTI** l'Assureur payera en cas d'un traumatisme - deux pansements au maximum par événement assuré, en cas d'un empoisonnement – deux visites médicales au maximum par événement assuré.

10.4.1.2. séjour et traitement à l'hôpital, y compris les interventions chirurgicales (compte tenu des exceptions énumérées dans le p.11 des présentes Conditions générales d'assurance) ; examens diagnostiques urgents avec choix postérieur du traitement ; médicaments, moyens de pansement prescrits par le médecin traitant ;

L'Assureur a le droit de refuser le remboursement du prix des procédures médicales et diagnostiques recommandées par le médecin traitant, si elles, selon l'avis du médecin désigné par l'Assureur, ne sont pas urgentes ou peuvent être remplacées par d'autres examens diagnostiques. Le médecin-expert désigné par la Société de service et/ou l'Assureur doit avoir un accès libre à l'Assuré et la possibilité de prendre connaissance de l'histoire de la maladie.

10.4.1.3. urgence dentaire en cas d'apparition d'une douleur dentaire aiguë et des traumatismes des dents naturelles. En ce cas l'Assureur ne remboursera que les dépenses de l'Assuré pour : l'anesthésie locale, la radiographie dentaire, la pose de la pâte dévitalisante en cas d'une pulpite aiguë ou d'une aggravation de la pulpite chronique, une avulsion dentaire en cas d'aggravation d'une périodontite, d'une périostéite, d'une parodontite, d'une pulpite chroniques, l'ouverture et le drainage de l'infiltrat inflammatoire.

Les frais d'urgence dentaire seront remboursés :

1) Selon le programme MULTI :

- en cas des voyages à l'étranger des citoyens de la Fédération de Russie et des citoyens étrangers quittant les pays de résidence permanente – 100 unités conventionnelles au maximum pour toute la période de validité de l'assurance établie par le Contrat d'assurance ;
- lors des voyages des citoyens étrangers sur le territoire de la Fédération de Russie – 120 unités conventionnelles au maximum pour toute la période de validité de l'assurance établie par le Contrat d'assurance ;
- lors des voyages des citoyens de la Fédération de Russie sur le territoire de la Fédération de Russie – 2 000 roubles au maximum pour toute la période de validité de l'assurance établie par le Contrat d'assurance ;

2) Selon le programme MULTI 1 :

- en cas des voyages à l'étranger des citoyens de la Fédération de Russie et des citoyens étrangers quittant les pays de résidence permanente – 200 unités conventionnelles au maximum pour toute la période de validité de l'assurance établie par le Contrat d'assurance ;
- lors des voyages des citoyens étrangers sur le territoire de la Fédération de Russie – 200 unités conventionnelles au maximum pour toute la période de validité de l'assurance établie par le Contrat d'assurance ;
- lors des voyages des citoyens de la Fédération de Russie sur le territoire de la Fédération de Russie – 3 000 roubles au maximum pour toute la période de validité de l'assurance établie par le Contrat d'assurance ;

10.1.4.4. Si dans la colonne « Montant assuré » du Contrat d'assurance est indiqué le montant de 100 000 u.c. ou 120 000 u.c., la limite agrégée à rembourser pour l'**Aide médicale urgente ou immédiate** est de 40 000 u.c.

10.4.2. L'évacuation médicale en volume suivant :

10.4.2.1. transport par tout moyen accessible et raisonnable, si la vie de l'Assuré est menacée, dans l'établissement médical le plus proche pour apporter une aide médicale urgente. En même temps les frais de transport de l'Assuré par hélicoptère ne seront remboursés que dans les limites de 5 000 (cinq mille) u.c. Les frais de transport de retour de l'établissement médical ne seront pas remboursés. Toute complication ou conséquence négative pour la santé de l'Assuré en résultat d'un transport incorrect réalisé par tout moyen, sauf le transport médical spécialisé et/ou le transport approuvé par la Société de service ou l'Assureur, n'est pas couverte ;

10.4.2.2. transport de l'Assuré y compris en accompagnement, si nécessaire, par un employé de l'établissement médical, dans lequel il a été transporté du lieu d'accident, équipé pour le traitement des dommages corporels reçus ou d'une maladie concrète ;

10.4.2.3. transport avec accompagnement par le personnel médical (si ce transport est nécessaire pour raisons médicales) jusqu'au hub de transport international du pays de résidence permanente - lors des voyages à l'étranger ou jusqu'au hub de transport (aéroport, gare, port) le plus proche du lieu de résidence permanente de l'Assuré - lors des voyages sur le territoire de la Fédération de Russie.

Lors du transport la Société de service (ou l'Assureur) a le droit d'utiliser le billet de retour de l'Assuré à son gré (y compris le rendre à la société de transport, l'échanger; etc.). En même temps l'Assuré ne doit pas empêcher la Société de service (ou l'Assureur) de réaliser ce droit.

La nécessité et le moyen de transport et la nécessité d'accompagnement médical sera défini(e) ensemble avec le médecin traitant, le représentant (le médecin) de la Société de service et le représentant de l'Assureur. L'aviation sanitaire n'est utilisée que dans les cas exceptionnels, quand l'état de l'Assuré ne permet pas d'utiliser d'autres moyens de transport. Le médecin-expert désigné par la Société de service et/ou l'Assureur doit avoir un accès libre à l'Assuré et la possibilité de prendre connaissance de l'histoire de la maladie ;

10.4.2.4. transport de l'Assuré des Pays couverts avec accompagnement médical nécessaire dans le hôpital qui convient le plus proche du lieu de résidence permanente de l'Assuré, si son état admet ce transport (cette évacuation) et si le montant des frais de traitement supposés de l'Assuré dans les Pays couverts est supérieur au montant des frais d'évacuation. L'établissement de soins et le médecin traitant ou le représentant médical de la Société de service doivent définir, si l'état de l'Assuré permet de l'évacuer comme un passager ordinaire ou si les mesures préparatoires complémentaires (accessoires, moyens) sont nécessaires ;

10.4.2.5. Si dans la colonne « Montant assuré » du Contrat d'assurance est indiqué le montant de 100 000 u.c. ou 120 000 u.c., la limite agrégée à rembourser pour l'**Évacuation médicale** est de 40 000 u.c.

10.4.3. D'autres frais urgents en volume suivant :

10.4.3.1. Appels téléphoniques de la Société de service et/ou de l'Assureur.

Frais de négociation par téléphone avec la Société de service et/ou l'Assureur, si l'événement arrivé est classé comme un événement assuré. Facture de téléphone doit contenir les données suivantes : date d'appel, numéro de téléphone, durée de la conversation, coût de la conversation. Le Souscripteur (l'Assuré) doit présenter le document confirmant le paiement de cette facture.

10.4.3.2. Le rapatriement du corps en cas de décès de l'Assuré en résultat d'une maladie imprévue, d'un traumatisme et/ou d'un empoisonnement.

En cas de décès de l'Assuré l'Assureur payera l'organisation par la Société de service du rapatriement du corps, ainsi qu'il payera les dépenses approuvées et sanctionnées par la Société de service relatives à l'ouverture et l'embaumement du corps, la conservation du corps dans la morgue, l'achat d'un cercueil nécessaire pour le transport, l'établissement des documents nécessaires pour le transport, le transport du corps jusqu'au hub de transport international du pays de résidence permanente - lors des voyages à l'étranger ou jusqu'au hub de transport (aéroport, gare, port) le (la) plus proche du lieu de résidence permanente de l'Assuré - lors des voyages sur le territoire de la Fédération de Russie.

Le rapatriement du corps sera effectué en conformité avec les normes internationales.

Les frais d'organisation des obsèques et frais d'enterrement ne seront pas remboursés.

10.4.3.3. Si dans la colonne « Montant assuré » du Contrat d'assurance est indiqué le montant de 100 000 u.c. ou 120 000 u.c., la limite agrégée à rembourser pour **D'autres dépenses en cas d'urgence** est de 40 000 u.c.

10.5. Programme d'assurance MULTI-2

Selon le programme MULTI-2 sont à payer / rembourser les dépenses prévues par le Programme d'assurance B (p.10.2. des Conditions générales d'assurance).

10.6. Les dépenses énumérées dans les points 10.1.2.2.- 10.1.2.4., 10.2.2.2. – 10.2.2.4., 10.4.2.2.–10.4.2.4. des présentes Conditions générales d'assurance, ne seront assumées que par la Société de service ou l'Assureur, mais seulement dans les cas, quand la nécessité d'un transport sera confirmée par l'avis du médecin traitant, du médecin-expert de l'Assureur et/ou du médecin de la Société de service en vertu des documents délivrés par le médecin traitant et sous réserve d'absence de contre-indications médicales.

10.7. Si l'Assuré refuse d'être transporté (points 10.1.2.3, 10.1.2.4, 10.2.2.3., 10.2.2.4., 10.4.2.3, 10.4.2.4 des présentes Conditions générales d'assurance) vers le lieu de résidence permanente, quand c'est autorisé pour raisons médicales, dans les délais et selon les modalités définies par l'Assureur ou la Société de service, les frais de traitement postérieur dans les Pays couverts et /ou de retour indépendant de l'Assuré vers le lieu de résidence permanente seront assumés par le Souscripteur (l'Assuré) et ne seront pas remboursés par l'Assureur.

11. Frais irreversibles pour le risque « Dépenses médicales et d'autres dépenses en cas d'urgence ».

Pour le risque « Dépenses médicales et d'autres dépenses en cas d'urgence » les frais suivants ne seront pas remboursés par l'Assureur :

11.1. pour l'examen et le traitement des maladies (y compris les maladies chroniques), des traumatismes, des empoisonnements et de leurs conséquences, des complications, des aggravations, des anomalies et des malformations des organes qui ont apparu avant le début du voyage et exigent un traitement ou la poursuite du traitement pendant le séjour dans les Pays couverts ;

11.2. pour le traitement, y compris en cas d'aggravations et /ou de complications des maladies suivantes : tuberculose, sarcoïdose, mucoviscidose, insuffisance rénale et insuffisance hépatique chroniques, toute forme d'hépatites, hépatocirrhose, diabète sucré et d'autres maladies endocriniennes ;

11.3. pour l'examen et le traitement des maladies systémiques du tissu conjonctif, de la maladie de Bechterew ;

11.4. pour l'examen et le traitement des maladies du sang, de l'herpès, de la mycose (y compris la candidose), des maladies parasitaires, de la poliomyélite, de l'encéphalite, de la méningite, de la polynévrite ;

11.5. pour le traitement, y compris en cas d'aggravations et /ou de complications des maladies, des traumatismes

des tissus, des organes, des membres ou de leurs parties exigeant une transplantation, implantation, réimplantation et /ou mise en place d'une prothèse ;

11.6. pour le traitement, y compris en cas d'aggravations et /ou de complications des maladies du cœur et des vaisseaux de toute localisation exigeant une intervention chirurgicale ou neurochirurgicale, y compris, mais sans s'y limiter : coronarographie, angiographie, angioplastie par ballonnet des artères coronaires, pontage aorto-coronarien, mise en place des stents et des valves cardiaques, implantation d'un stimulateur cardiaque, mise en place de différents pacemakers artificiels, alloplastie, xénoplastie, pontage coronaire et implantation de prothèses vasculaires, chirurgie des vaisseaux sous rayon X et d'autres), même en présence des indications médicales. S'il est impossible de définir le montant du coût d'une intervention chirurgicale indiquée dans ce point inclus dans le montant total de la facture, son coût sera pris comme égal à 30% du montant total de la facture de soins médicaux et déduit par l'Assureur du montant de la facture d'hospitalisation finale.

11.7. pour le traitement arthroscopique ; les frais d'ostéosynthèse ;

11.8. pour le traitement des maladies du système nerveux (sclérose en plaques, troubles de la parole et d'autres), de l'appareil locomoteur, des organes de la vision et des organes sensoriels non liés à un traumatisme ;

11.9. pour l'examen et le traitement, y compris en cas d'aggravations et /ou de complications des maladies mentales, de l'épilepsie, des spasticités, des névroses (dépression, épisodes d'hystérie, stress), ainsi que de différents traumatismes liés à des aggravations et /ou des complications de ces maladies / états ;

11.10. pour les consultations, examens liés à une grossesse et/ou un traitement des complications de la grossesse indépendamment de la durée de la grossesse, ainsi que pour la surveillance avant et après l'accouchement, l'accouchement (y compris l'accouchement avant le terme et l'opération césarienne). L'Assureur n'assumera aucune responsabilité par rapport au nouveau-né, le Souscripteur (l'Assuré) assumera toutes les dépenses liées à son traitement, sa surveillance médicale et son transport ;

11.11. pour le traitement des maladies vénériennes et des maladies sexuellement ou de préférence sexuellement transmissibles, ainsi que pour le traitement des maladies étant leur conséquence ou complication ;

11.12. pour le traitement de l'infection VIH et des maladies étant sa conséquence ou complication ;

11.13. pour le traitement des maladies oncologiques, des néoformations (malignes et bénignes), y compris du tissu hématopoïétique et lymphatique, ainsi que des maladies étant leur conséquence ou complication ;

11.14. pour le traitement de l'alcoolisme, de la narcomanie et d'autres abus/dépendances ou d'un autre état lié à l'habitude ou au traitement des affections, des intoxications, des aggravations des maladies chroniques provoqués par l'usage de stupéfiants, de psychotropes, de boissons alcooliques, ainsi que pour le traitement des traumatismes de l'Assuré qui se produiront, quand l'Assuré sera en un des états énumérés ci-dessus ;

11.15. pour le traitement des maladies, des traumatismes de l'Assuré qui se produiront en résultat du service militaire ou de la participation à des groupements militaires ;

11.16. pour le traitement des maladies infectieuses et tropicales particulièrement dangereuses, telles que : peste, choléra, variole, fièvre jaune, fièvres hémorragiques, fièvre dengue, maladie du charbon, fièvre contagieuse, infection à méningocoque, botulisme, tularémie, maladie à virus Ebola et d'autres, excepté la diphtérie et l'infection à coronavirus ;

11.17. pour le traitement des traumatismes qui se produiront en pratiquant l'aquathlon, les sauts à l'élastique, les sauts extrêmes, le street-gym, le roofing, les sauts sur corde, le parachute ascensionnel, le parkour, les descentes par les traces interdites, la grimpe urbaine, les sauts en parachute ou en équipement spécial du haut des immeubles ;

11.18. pour le traitement des maladies ayant une relation de cause à effet avec le groupe d'invalidité I, II de l'Assuré établi avant la conclusion du Contrat d'assurance ;

11.19. pour le traitement des maladies chroniques et récidivantes, de leurs aggravations et complications.

Si l'aggravation ou la complication d'une maladie chronique est la cause de l'état de l'Assuré menaçant sa vie, la limite de remboursement des dépenses remboursables par l'Assureur sera égale à :

1) Selon les programmes d'assurance A, MULTI, MULTI-1 :

- en cas des voyages à l'étranger des citoyens de la Fédération de Russie et des citoyens étrangers quittant les pays de résidence permanente – 1 000 unités conventionnelles au maximum par événement assuré ;

- lors des voyages des citoyens étrangers sur le territoire de la Fédération de Russie – 1 000 unités conventionnelles

au maximum par événement assuré ;

- lors des voyages des citoyens de la Fédération de Russie sur le territoire de la Fédération de Russie - 15 000 roubles au maximum par événement assuré.

2) Selon les programmes d'assurance B et MULTI-2 :

- en cas des voyages à l'étranger des citoyens de la Fédération de Russie et des citoyens étrangers quittant les pays de résidence permanente – 2 000 unités conventionnelles au maximum par événement assuré ;

- lors des voyages des citoyens étrangers sur le territoire de la Fédération de Russie – 2 000 unités conventionnelles au maximum par événement assuré ;

- lors des voyages des citoyens de la Fédération de Russie sur le territoire de la Fédération de Russie - 20 000 roubles au maximum par événement assuré.

11.20. pour le traitement des maladies incluses au bloc « Règles abondantes, fréquentes ou irrégulières, d'autres hémorragies de l'utérus et saignements vaginaux, troubles du cycle menstruel et en période se déroulant autour de la ménopause N° 92 » CIM 10, des troubles du cycle menstruel ;

11.21. pour tout transport vers le lieu de résidence permanente, y compris en accompagnement, si nécessaire, par un employé de l'établissement médical, et pour le rapatriement du corps en liaison avec les maladies/traumatismes et états énumérés dans les pp. 11.1. - 11.20 des Conditions générales d'assurance ;

11.22. pour tout transport vers le lieu de résidence permanente, y compris en accompagnement, si nécessaire, par un employé de l'établissement médical, et /ou pour le rapatriement du corps non organisé par l'Assureur ou la Société de service, avec laquelle collabore l'Assureur, ainsi que les frais (y compris ceux de traitement, d'hébergement, de repas, de retour vers le lieu de résidence permanente, etc.) supportés en cas de refus de l'Assuré ou si ce transport est impossible à cause des actions ou de l'inaction de l'Assuré ;

11.23. pour le transport médical vers le lieu de résidence permanente en cas des maladies ou traumatismes insignifiants qui, pour raisons médicales, peuvent être traités sur place et n'empêchent pas l'Assuré de continuer le voyage ou de retourner normalement vers le lieu de résidence permanente ;

11.24. provoquées par les erreurs professionnelles / la négligence du personnel médical ;

11.25. liées à la contraception, la stérilisation, la vasectomie (ou l'inversion de la vasectomie), le traitement de l'infertilité, la fécondation ou d'autres formes de reproduction artificielle, le changement de sexe ou d'autres états à caractère sexuel ;

11.26. pour les méthodes de traitement extracorporel (hémodialyse, plasmaphérèse, etc.), traitement par ultraviolet du sang ;

11.27. pour les méthodes de maintien des fonctions de l'organisme à l'aide des appareils (ventilation artificielle, etc.) d'un montant :

- supérieur à 3 000 unités conventionnelles - en cas des voyages à l'étranger des citoyens de la Fédération de Russie et des citoyens étrangers quittant les pays de résidence permanente ;

- supérieur à 3 000 unités conventionnelles - lors des voyages des citoyens étrangers sur le territoire de la Fédération de Russie ;

- supérieur à 20 000 roubles - lors des voyages des citoyens de la Fédération de Russie sur le territoire de la Fédération de Russie.

11.28. pour la tomographie, l'imagerie par résonance magnétique, par l'examen IRM non approuvé(e) par l'Assureur et/ou la Société de service avec laquelle collabore l'Assureur ;

11.29. pour les consultations d'un généraliste ou spécialiste et les examens diagnostiques qui n'ont pas révélé aucune maladie aiguë imprévue, y compris les conséquences d'un traumatisme, d'un empoisonnement, les examens de contrôle ;

11.30. pour l'examen et le traitement de la dureté d'oreille, l'élimination des bouchons de cérumen ;

11.31. pour l'élimination des défauts cosmétiques du visage (y compris les défauts dentaires), du corps, des membres indépendamment du temps d'apparition de ces défauts ;

11.32. pour la chirurgie cosmétique, plastique et reconstructive et les différents types de prothèses, y compris les

prothèses dentaires et oculaires ;

11.33. pour la correction de l'immunité, l'examen immunologique élargi ;

11.34. pour les avortements, les avortements spontanés ;

11.35. pour le traitement des maladies du parodonte, le remplacement de vieux plombages dentaires, l'orthopédie dentaire, y compris la préparation, la restauration (reconstruction) de la partie coronaire d'une dent, l'implantation dentaire, l'orthodontie ;

11.36. pour le traitement et les soins apportés à l'Assuré réalisés par les parents de l'Assuré, qu'ils soient ou non les professionnels de santé ;

11.37. pour le traitement de remise en forme et de réhabilitation dans des hôpitaux (y compris ceux de jour), dispensaires, maisons de cure, centres de vacances, cliniques, maisons de repos, centres de réhabilitation et d'autres organisations médicales et stations estivales ;

11.38. pour la physiothérapie, tout type de massages, la thérapie manipulative, l'utilisation des appareils de musculation, la gymnastique médicale, la piscine, les hydrothérapies et héliothérapies, le solarium, la thérapie au laser, la réflexothérapie (l'acupuncture), l'hirudothérapie, la chiropractie, l'homéopathie, la phytothérapie et la naturopathie, et d'autres traitements avec utilisation des méthodes et des moyens de cure non traditionnels, non reconnus officiellement par la science et la médecine ;

11.39. pour l'oxygénation hyperbare, sauf si dans la colonne « Conditions complémentaires » de la Police d'assurance les loisirs extrêmes et/ou sports sous-marins sont indiqués ;

Si dans la colonne « Conditions complémentaires » de la Police d'assurance les loisirs extrêmes et/ou le diving sont indiqués, les frais pour l'oxygénation hyperbare ne seront remboursés que dans les limites de 5 000 u.c. pour toute la durée du contrat d'assurance, mais compte tenu des exceptions énumérées dans le p.11.73. des présentes Conditions générales.

11.40. pour les examens médicaux généraux, les examens à des fins prophylactiques, pour la vaccination, la désinfection, ainsi que pour l'achat des médicaments à des fins prophylactiques ;

11.41. pour l'achat et la réparation des équipements médicaux, pour les consommables chirurgicaux (prothèses, appareils orthopédiques, constructions métalliques, tout autre appareil ou dispositif), pour l'achat des lunettes, verres de contact, appareils auditifs, béquilles, cannes, éclisses, corsets, bandeaux ayant une structure complexe, ainsi que d'autres dispositifs médicaux de correction et accessoires et les dépenses pour leur ajustage ;

11.42. pour les services liés à l'organisation d'un confort complémentaire, et notamment : chambres pour une personne et chambres du type « luxe », poste de télévision, téléphone, climatiseur, aérolyseur, services d'un spécialiste du soin du cheveu, d'un masseur, d'un cosmétologue, d'un interprète (excepté le Programme d'assurance B), etc ;

11.43. pour l'intervention et le traitement chirurgical(le) qui peut être ajourné(e) jusqu'au moment de retour de l'Assuré au lieu de résidence permanente ;

11.44. pour couper le syndrome douloureux avec application de l'anesthésie épidurale d'un montant dépassant :

- 350 unités conventionnelles - en cas des voyages à l'étranger des citoyens de la Fédération de Russie et des citoyens étrangers quittant les pays de résidence permanente ;

- 350 unités conventionnelles - lors des voyages des citoyens étrangers sur le territoire de la Fédération de Russie ;

- 20 000 roubles - lors des voyages des citoyens de la Fédération de Russie sur le territoire de la Fédération de Russie ;

11.45. pour le traitement de l'arthrolithiase et du syndrome métabolique ;

11.46. pour le diagnostic et le traitement du strabisme, du syndrome « œil sec », des troubles de l'acuité visuelle, de l'astigmatisme, du glaucome, de la cataracte, des dystrophies rétinienne ;

11.47. pour l'élimination des constructions métalliques après l'apport d'une aide spécialisée lors d'un traumatisme, y compris l'aide apportée pendant la durée du Contrat d'assurance ;

11.48. pour l'injection des médicaments liquides dans une articulation possédant les fonctions de traitement prothétique des tissus et des liquides ;

- 11.49. étant en dépendance directe des épidémies, de la pollution de l'environnement, des catastrophes naturelles ou de la mise en quarantaine dans les Pays couverts connu(e)s avant le début du voyage planifié ;
- 11.50. apparues suite au refus de l'Assuré d'exécuter les prescriptions du médecin traitant ou du médecin-expert de la Société de service, avec laquelle collabore l'Assureur, reçues par lui après qu'il a demandé une aide à cause d'arrivée d'un événement assuré ;
- 11.51. apparues, car l'Assuré, compte tenu de sa santé, avait des contre-indications au voyage dans les Pays couverts et/ou à la pratique des loisirs actifs (d'été, d'hiver, extrêmes), des sports concrets, à l'exercice d'une activité professionnelle définie ;
- 11.52. pour l'examen et le traitement, si le voyage a été entrepris par l'Assuré pour passer un traitement ;
- 11.53. liées à la prestation de services par un établissement médical n'ayant pas de licence nécessaire, ou par une personne n'ayant pas le droit d'exercer des activités médicales ;
- 11.54. liées à une hospitalisation planifiée de l'Assuré pour passer le traitement, même si ce traitement est lié à un événement assuré qui a eu lieu, ainsi que provoquées par toute complication apparue en résultat de ce traitement ;
- 11.55. pour l'examen et le traitement après le retour de l'Assuré dans le lieu de résidence permanente ;
- 11.56. apparues suite à l'aggravation de la santé et au décès de l'Assuré, si l'Assuré a voyagé malgré les contre-indications médicales directes ;
- 11.57. en liaison avec un accident que l'Assuré a eu en résultat d'un accident de la route, y compris lors de l'utilisation d'un véhicule, d'un vélo, d'une moto, d'un cyclomoteur, d'un scooter, d'une motomarine, d'un quad, d'un véhicule tout-terrain, d'une motoneige, d'une vedette, d'un bateau à moteur, etc., si :
- a) l'Assuré a conduit un véhicule de transport sans permis de conduire, et/ou en état d'ébriété alcoolique, toxique ou narcotique de n'importe quel degré, ou sous l'impact des médicaments qu'il est interdit de prendre lors de la conduite des véhicules de transport ;
 - b) l'Assuré a transmis son droit de conduite d'un véhicule de transport à une personne n'ayant pas de permis de conduire, et/ou en état d'ébriété alcoolique, toxique ou narcotique de n'importe quel degré, ou sous l'impact des médicaments qu'il est interdit de prendre lors de la conduite des véhicules de transport ;
 - c) l'Assuré se trouvait dans un véhicule de transport en qualité de passager conduit par une personne n'ayant pas de permis de conduire, en état d'ébriété alcoolique, toxique ou narcotique de n'importe quel degré, ou sous l'impact des médicaments qu'il est interdit de prendre lors de la conduite des véhicules de transport, sauf le transport public et le taxi ;
 - d) l'Assuré a négligé ou n'a pas utilisé tous ou une partie de moyens de sécurité (de protection), tels que : ceinture de sécurité, casque moto, casque de chantier, gilet de sauvetage, ainsi que d'autres dispositifs de sécurité prévus par les règles d'exploitation d'un véhicule de transport ;
- 11.58. supportées en liaison avec un dommage à la santé de l'Assuré suite à la prise par lui des médicaments sans ordonnance d'un médecin ou sur ordonnance d'un médecin, mais avec violation de la dose prescrite ;
- 11.59. liées à la prestation de services médicaux ou d'autres services non urgents et/ou nécessaires d'un point de vue médicale ;
- 11.60. pour l'examen et le traitement non prescrit par le médecin traitant ;
- 11.61. pour l'examen, les analyses, ainsi que pour les services médicaux ou d'autres services exécutés / apportés à volonté de l'Assuré en dépit des recommandations du médecin-expert de la Société de service et /ou de l'Assureur ;
- 11.62. pour l'examen des insectes et des animaux en matière de présence d'une infection chez eux ;
- 11.63. pour le traitement des brûlures du soleil et d'autres maladies de la peau, de la graisse sous-cutanée, des réactions allergiques, si le programme d'assurance MULTI est indiqué dans la police d'assurance ;
- 11.64. pour le traitement de toute manifestation ou complication des maladies des muqueuses de la cavité buccale, des mycoses et des lésions cutanées (psoriasis, dermatites (y compris allergiques et alimentaires), ongle incarné, durillons, névrodermites, eczémas, mycoses, papillomes, verrues et nævus, condylomes, acné, comédons, blépharite, conjonctivite allergique, athérome, alopecie, stomatite), excepté les maladies infectieuses et virales ;
- 11.65. supportées en liaison avec des loisirs d'été actifs, si le chapitre « Risques complémentaires » de la Police d'assurance ne comprend pas la mention « Active rest ». En tout cas ne seront pas remboursées les dépenses

supportées suite à la participation de l'Assuré à des compétitions, courses de chevaux, courses automobile et moto et à d'autres concours sportifs ;

11.66. supportées en liaison avec des loisirs d'hiver actifs, si le chapitre « Risques complémentaires » de la Police d'assurance ne comprend pas la mention « Winter active rest ». En tout cas ne seront pas remboursées les dépenses supportées suite à la participation de l'Assuré à des compétitions, courses de chevaux, courses automobile et moto et à d'autres concours sportifs ;

11.67. supportées en liaison avec des loisirs extrêmes, si le chapitre « Risques complémentaires » de la Police d'assurance ne comprend pas la mention « Extreme rest ». En tout cas ne seront pas remboursées les dépenses supportées suite à la participation de l'Assuré à des compétitions, courses de chevaux, courses automobile et moto et à d'autres concours sportifs ;

11.68. supportées en liaison avec pratique par l'Assuré du sport professionnel ou amateur, y compris pendant la participation de l'Assuré à des compétitions, tournois et camps d'entraînement sportifs, si le chapitre « Risques complémentaires » de la Police d'assurance ne comprend pas l'indication du sport concret (en même temps seulement le traumatisme en résultat d'un risque complémentaire indiqué directement dans la Police d'assurance sera couvert) ;

11.69. supportées en liaison avec l'exercice par l'Assuré des activités de service, de travail (y compris d'une activité salariée), si le chapitre « Risques complémentaires » de la Police d'assurance ne comprend pas la mention d'une profession concrète.

11.70. supportées pendant le séjour de l'Assuré dans un Camp de sport pour les enfants ou un camp de remise en forme pour les enfants, si le chapitre « Risques complémentaires » de la Police d'assurance ne comprend pas la mention « Camp de sport pour les enfants ».

11.71. pour toute aide incluse au programme d'assurance, si l'Assuré a refusé l'organisation de son transport dans un autre hôpital proposé par la Société de service ;

11.72. liées à l'atterrissage d'un vol régulier ou d'un vol charter pour raisons médicales, en cas d'aggravation de la santé de l'Assuré à bord de l'avion ;

11.73. pour toute aide incluse au programme d'assurance, lors d'une plongée profonde avec une bouteille d'air comprimé à une profondeur supérieure à 40 m, lors d'une plongée à n'importe quelle profondeur avec utilisation des mélanges de gaz dont la teneur en oxygène est différent de 21 (vingt-et-un) pour cent, sans certificat de l'association des plongeurs autonomes, lors d'une plongée souterraine ;

11.74. pour le traitement des maladies qui auraient pu être prévenues par une vaccination et/ou étant la suite d'une violation par l'Assuré des règles d'isolements protecteurs (de quarantaines) ;

12. Obligations de l'Assuré en cas d'arrivée d'un événement ayant les indicateurs d'un événement assuré pour le risque « Dépenses médicales et d'autres dépenses en cas d'urgence »

12.1. En cas d'arrivée d'un événement ayant des indicateurs d'un événement assuré le Souscripteur (l'Assuré) s'engage à :

12.1.1 avant de s'adresser à un médecin, s'adresser à la Société de service (s'il est impossible de contacter la Société de service, contacter l'Assureur) par téléphone 24h/24 indiqué dans le Contrat d'assurance et fournir les données suivantes :

- nom et prénom de l'Assuré ; son emplacement et numéro de téléphone de contact ;
- numéro du Contrat d'assurance (de la Police d'assurance), nom de l'Assureur ;
- cause d'appel et type d'aide nécessaire ;
- d'autres données que le représentant de la Société de service ou de l'Assureur demandera.

La notification inopportune à l'Assureur de l'arrivée d'un événement ayant des indicateurs d'un événement assuré, donne à ce dernier le droit de refuser de payer une indemnité, s'il n'est pas prouvé que l'Assureur a appris à temps l'arrivée de cet événement, ou que l'absence d'information sur l'événement ne pouvait pas influencer sur l'obligation de l'Assureur de payer l'indemnité.

Si l'Assuré ne peut pas contacter la Société de service (ou l'Assureur) pour un motif valable, il doit s'adresser à l'établissement médical le plus proche ou appeler l'ambulance et dès qu'il est possible contacter la Société de service pour obtenir les instructions et les garanties de paiement des services médicaux fournis. Il est nécessaire d'informer la Société de service (ou l'Assureur) sur l'arrivée d'un événement assuré avant la fin du voyage.

Sous le **motif valable** qui n'a pas permis de contacter la Société de service (ou l'Assureur) en conformité avec les présentes Conditions générales d'assurance il faut comprendre :

- a) absence de téléphone (stationnaire ou mobile) dans le lieu où se trouve l'Assuré ;
- b) maladie grave de l'Assuré ne permettant pas de mener des conversations téléphoniques ;

12.1.2. rester en contact avec le centre d'assistance 24h/24 de la Société de service en utilisant les moyens de communication possibles ;

12.1.3. donner sur demande de l'Assureur et/ou de son Représentant (Société de service, établissement médical, etc.) l'autorisation écrite d'obtenir l'information nécessaire auprès des établissements médicaux et d'autres établissements et contribuer à l'obtention de cette information ;

12.1.4. sur demande de l'Assureur et/ou de son représentant fournir les copies de toutes les pages du passeport à l'étranger contenant les timbres apposés par un service frontalier certifiant le passage de la frontière lors des entrée/sorties, servant de fondement de séjour dans les Pays couverts (visa du pays de séjour, carte de migration, titre de séjour temporaire, etc.), documents médicaux relatifs au traitement, billets de transport, actes des organes compétents, explications écrites ;

12.1.5. donner son consentement de faire le test d'alcoolémie/de dépistage de drogues/stupéfiants/psychotropes dans un établissement médical dans les Pays couverts sur demande de l'Assureur (refus de l'Assuré de faire un test donne le droit à l'Assureur de refuser de payer une indemnité) ;

12.1.6. suivre les instructions de la Société de service, lui fournir les données nécessaires pour la prestation des services prévus par le Contrat d'assurance ;

12.1.7. exécuter les prescriptions du médecin traitant, suivre le régime prescrit par l'établissement médical où l'Assuré passe le traitement.

Si en cas de violation des prescriptions du médecin traitant et/ou du régime prescrit par l'établissement médical une aggravation de la santé de l'Assuré a lieu exigeant un traitement complémentaire, l'Assuré assumera les frais de ce traitement complémentaire qui ne seront pas remboursés par l'Assureur.

12.1.8. donner son consentement pour le transport dans le pays de résidence permanente (pp. 10.1.2.3., 10.1.2.4., 10.2.2.3., 10.2.2.4., 10.4.2.3, 10.4.2.4 des présentes Conditions générales d'assurance), si selon l'avis du médecin traitant et de la Société de service relatif à l'état de santé ce transport de l'Assuré est possible.

Si l'Assuré refuse d'être transporté comme c'est prévu par les points 10.1.2.3, 10.1.2.4, 10.2.2.3., 10.2.2.4., 10.4.2.3, 10.4.2.4 des présentes Conditions générales d'assurance, l'Assuré assumera les frais de séjour postérieur dans l'établissement médical et/ou de retour au lieu de résidence permanente qui ne seront pas remboursés par l'Assureur.

12.1.9. sur demande de l'Assureur l'Assuré s'engage à passer un examen médical/une expertise désigné(e) par l'Assureur. En cas de refus de passer une expertise médicale l'Assureur a le droit de refuser de payer une indemnité ;

12.1.10. pour obtenir l'indemnité il faut fournir à l'Assureur tous les documents énumérés dans les pp. 13.6, 13.7 des présentes Conditions générales d'assurance.

13. Procédure de paiement de l'indemnité pour le risque « Dépenses médicales et d'autres dépenses en cas d'urgence »

13.1. L'indemnité sera payée par l'Assureur au moyen de :

13.1.1 paiement par l'Assureur des factures de la Société de service, si ces services sont prévus par le Contrat d'assurance et fournis à l'Assuré en cas d'arrivée d'un événement assuré selon les modalités prévues par le Contrat conclu entre l'Assureur et la Société de service ;

- 13.1.2. paiement des factures de la société qui a fourni des services à l'Assuré prévus par le Contrat d'assurance en cas d'arrivée d'un événement assuré selon les modalités concertées avec la société bénéficiaire ;
- 13.1.3. remboursement des dépenses supportées par l'Assuré liées à l'événement assuré qui a eu lieu sous réserve d'observation par l'Assuré des obligations indiquées dans le Contrat d'assurance. L'Assuré est chargé de prouver l'arrivée d'un événement assuré et de confirmer les dépenses supportées en présentant des justificatifs.
- 13.2. Le délai de dépôt par l'Assuré d'une demande écrite et de fourniture de documents originaux auprès de l'Assureur pour obtenir une indemnisation est de 30 jours à compter de la date de retour du voyage. Si le Contrat d'assurance (la Police d'assurance) prévoit des voyages multiples, sous le retour d'un voyage il faut comprendre le retour du voyage, pendant lequel un événement assuré a eu lieu.
- 13.3. La décision de payer une indemnité sera prise par l'Assureur pendant 20 (vingt) jours ouvrables à compter de la date de réception de tous les documents nécessaires prévus par les présentes Conditions générales d'assurance et confirmant le fait d'arrivée de l'événement assuré et le montant des dépenses supportées.
- 13.4. En présence des circonstances exigeant une enquête spéciale, des examens et des expertises, ainsi que l'obtention d'informations complémentaires des établissements médicaux, des tribunaux et d'autres organes compétents, la prise de la décision de payer une indemnité peut être suspendue jusqu'à la fin de l'enquête et/ou l'obtention des informations indiquées, l'Assureur enverra au demandeur la notification correspondante.
- 13.5. Le montant de l'indemnité sera défini compte tenu des dépenses réelles directes (des pertes) à rembourser en vertu du Contrat d'assurance, mais ne peut pas être supérieur au montant assuré et aux limites de remboursement prévus par le Contrat d'assurance (la Police d'assurance) pour ce type de risque et/ou de dépenses.
- 13.6. Si l'Assuré a payé lui-même les dépenses approuvées par la Société de service et/ou l'Assureur liées à un événement assuré, pour obtenir l'indemnité l'Assuré doit fournir à l'Assureur les documents suivants :
- 13.6.1. demande de paiement de l'indemnité ;
- 13.6.2. Contrat d'assurance ou sa photocopie ;
- 13.6.3. documents originaux de l'établissement médical (sur un papier à en-tête ou avec l'estampille de l'établissement) avec indication du nom et des références de l'établissement médical ou du nom et des contacts du médecin, du nom et du prénom du patient, du diagnostic, de la date de demande d'aide médicale, de la durée du traitement avec la liste des services fournis avec ventilation par date et prix et le montant total à payer ;
- 13.6.4. ordonnances originales du médecin avec l'estampille de la pharmacie et ticket de caisse confirmant le paiement des médicaments avec indication du prix de chaque médicament acheté. Les frais d'achat des médicaments ne seront remboursés que si ces médicaments ont été prescrits par le médecin après l'établissement du diagnostic ne faisant pas partie de la liste des exceptions prévues par le Contrat d'assurance ;
- 13.6.5. ordonnance originale délivrée par le médecin de faire des analyses de laboratoire et facture du laboratoire avec ventilation par date et prix des services fournis, avec indication du nom et du prénom du patient, titres de paiement confirmant le paiement de ces services ;
- 13.6.6. documents officiels délivrés par des organes compétents (attestations des services d'application de la loi et des autorités de justice), confirmant l'arrivée d'un accident (acte d'arrivée d'un accident) et les circonstances de l'événement ;
- 13.6.7. résultats d'un test d'alcoolémie ou d'un test de dépistage de drogues/stupéfiants/psychotropes en cas d'un traumatisme ou d'un accident de la route ;
- 13.6.8. en cas des soins dentaires – document de l'établissement médical contenant l'information sur les dents soignées et le type de traitement, ainsi que le coût du traitement et la confirmation du paiement ;
- 13.6.9. documents originaux confirmant le paiement des services médicaux, des médicaments (facture avec timbre de paiement, confirmation de virement d'une somme délivrée par la banque ou ticket de caisse) ;
- 13.6.10. documents confirmant le paiement des frais de transport de l'Assuré (avec indication de la date, de l'itinéraire, du coût), ainsi que documents de l'établissement médical, dans lequel l'Assuré a été transporté, avec indication du nom et du prénom de l'Assuré, de la date de demande d'aide médicale, du diagnostic ;
- 13.6.11. documents confirmant l'échange/l'annulation des billets de transport ;

13.6.12. passeport à l'étranger de l'Assuré avec les timbres confirmant la traversée de la frontière du lieu de résidence permanente, pour confirmer le séjour de l'Assuré dans les Pays couverts au moment d'arrivée de l'événement assuré ;

13.6.13. passeport du citoyen de la Fédération de Russie de l'Assuré ou du pays dont l'Assuré détient la citoyenneté ;

13.6.14. sur demande de l'Assureur - information/documents sur l'état de santé (compte-rendu d'hospitalisation et extrait du dossier médical du malade ambulatoire, lettre d'information du Fonds d'assurance maladie obligatoire territorial (TFOMS) /de la Société d'assurance que l'Assuré a choisie pour l'assurance maladie obligatoire, sur le traitement passé pendant les derniers trois ans, l'avis du médecin, de l'expert ou de la commission médicale ;

13.6.15. aux documents établis en une langue étrangère l'Assuré doit joindre une traduction en russe préparée par une société spécialisée exerçant l'activité de traduction de documents. Par accord mutuel des parties contractantes la traduction peut être faite par l'Assureur, en même temps l'Assureur a le droit de déduire le montant des frais de traduction en russe des documents fournis en liaison avec l'événement assuré du montant de l'indemnité.

13.6.16 références du compte bancaire du Souscripteur (de l'Assuré).

13.7. Si l'information contenue dans les documents présentés par l'Assuré est insuffisante pour la prise par l'Assureur de décision de classement ou non de l'événement arrivé comme un événement assuré et/ou la définition du montant des dommages, l'Assureur a le droit d'augmenter les délais d'examen des documents pour prendre la décision et demander que l'Assuré, la Société de service, les établissements médicaux et / ou les organes compétents présentent les documents complémentaires (ou leurs copies) par écrit, ainsi que d'effectuer une enquête indépendante

13.8. L'Assureur ou la Société de service se réserve le droit de vérifier indépendamment, si les dépenses supportées par l'Assuré sont raisonnables, avec une correction correspondante du montant de l'indemnité.

13.9. Après la réception de tous les documents et données nécessaires (pp. 13.6, 13.7 des présentes Conditions générales d'assurance) l'Assureur :

13.9.1. pendant 20 jours ouvrables reconnaît l'événement comme l'événement assuré, établit et approuve l'acte d'assurance contenant le montant et la procédure de paiement de l'indemnité, ou prend la décision de ne pas reconnaître l'événement comme l'événement assuré et refuse de payer l'indemnité.

13.9.2. pendant 10 jours ouvrables à compter de la date de prise par l'Assureur de décision de reconnaître un événement comme l'événement assuré payera l'indemnité. Si un événement n'est pas classé comme l'événement assuré, l'Assureur enverra pendant 3 jours ouvrables au Souscripteur (à l'Assuré) le refus écrit de paiement de l'indemnité en se référant aux points des Règles d'assurance et/ou des Conditions générales d'assurance comme à un fondement, en vertu duquel la décision de non-paiement de l'indemnité a été prise.

13.10. Les montants de l'indemnité ne peuvent pas être supérieurs aux montants des limites de remboursement prévus par les présentes Conditions générales et le Contrat d'assurance.

13.11. Les indemnités sous forme de paiement des factures d'une Société de service ou d'un prestataire seront payées en conformité avec la législation sur les changes de la Fédération de Russie et les dispositions du contrat conclu entre l'Assureur et la Société de service.

13.12. Une indemnité à payer directement à l'Assuré sera payée en roubles selon le taux de change établi par la Banque centrale de la Fédération de Russie à la date d'arrivée d'un événement assuré.

L'indemnité sera payée par virement bancaire des sommes dues sur le compte bancaire indiqué par l'Assuré ou par un autre moyen par consentement mutuel des parties.

Le jour de paiement est la date de prélèvement des moyens financiers sur le compte de l'Assureur.

Les frais d'imputation sur le compte et d'obtention (de prélèvement) sur le compte du Bénéficiaire des montants dus seront assumés par le Bénéficiaire.

13.13. L'Assureur refusera de payer une indemnité en présence d'au moins une des circonstances suivantes :

13.13.1. si le Contrat d'assurance n'est pas valable en vertu de la législation en vigueur de la Fédération de Russie ;

13.13.2. si les dépenses ont été remboursées par des tiers ;

13.13.3. si l'événement arrivé et les dépenses supportées par l'Assuré sont irreimboursables en conformité avec les points 3, 11 des présentes Conditions générales d'assurance ;

13.13.4. si l'événement déclaré et les dépenses de l'Assuré n'ont pas eu lieu en réalité ou ne sont pas confirmés par les justificatifs ;

13.13.5. si la personne qui a déposé la demande de paiement d'une indemnité n'est pas Souscripteur, Assuré, Bénéficiaire d'assurance et représentant d'une de ces personnes ;

13.13.6. si certaines des conditions prévues par les points 12, 13.6, 13.7 des présentes Conditions générales d'assurance ne sont pas accomplies ;

13.13.7. si l'Assuré a refusé de passer un examen médical et/ou un test médical (expertise) désigné(e) par l'Assureur.

13.14. En cas non-exécution par l'Assuré (son représentant) des obligations prévues par le p.12 des présentes Conditions générales d'assurance, l'Assureur a le droit de refuser le règlement postérieur de l'événement ayant des indicateurs d'un événement assuré ou le remboursement complet ou partiel des dépenses liés à l'événement assuré, si cette non-exécution des obligations entraîne :

- l'impossibilité de définir les circonstances de l'événement arrivé et /ou de l'interprétation univoque de l'événement comme d'un événement assuré, de la confirmation ou de la vérification des informations fournies ;
- la perte du rabais offert par les établissements médicaux et les sociétés de transport ;
- les frais complémentaires apparus à cause d'un paiement inopportun des factures ;
- l'augmentation injustifiée du délai de séjour de l'Assuré dans les Pays couverts ;
- la présentation de garanties liées au paiement de dépenses en cas d'absence d'informations suffisantes pour reconnaître l'événement comme l'événement assuré.

13.15. Si un événement a été reconnu par l'Assureur comme un événement assuré, et les indemnités ont été payés en liaison avec cet événement, mais plus tard cet événement a été reconnu comme non assuré suite à la réception de données complémentaires, non fournies au moment de prise de la décision de reconnaissance de l'événement arrivé à l'Assuré comme un événement assuré et de paiement de l'indemnité, l'Assureur a le droit d'exiger que l'Assuré ou un autre bénéficiaire d'assurance rembourse le montant de l'indemnité payée.

CHAPITRE III. RISQUE « ANNULATION D'UN VOYAGE »

14. **Comme l'événement assuré pour le risque « Annulation d'un voyage »** sera reconnu les dépenses (pertes) supportées par le Souscripteur (l'Assuré) à cause de l'impossibilité de réaliser un voyage planifié pour les motifs suivants en fonction du Programme d'assurance choisi par le Souscripteur et indiqué dans la Police d'assurance :

14.1. Programme d'assurance A :

14.1.1. décès de l'Assuré ou de ses parents proches : époux/épouse, père, mère, enfants, y compris ceux adoptés, adoptants, frères et sœurs, grands-pères et grands-mères, petits-fils officiellement enregistrés, tuteurs officiels et personnes en tutelles en résultat d'une maladie imprévue et/ou d'un traumatisme constaté(e)s après l'achat d'un produit touristique au moyen de conclusion du contrat de vente d'un produit touristique ou après l'achat indépendant d'un billet et/ou le paiement de l'hébergement et d'autres services touristiques.

14.1.2. maladie aiguë imprévue et aggravation d'une maladie chronique de l'Assuré exigeant une hospitalisation urgente à la date de début du voyage ;

14.1.3. traumatisme de l'Assuré exigeant une hospitalisation urgente à la date de début du voyage et/ou empêchant le voyage ;

14.1.4. une des maladies infectieuses infantiles spécifiques de l'Assuré (rougeole, rubéole, varicelle, scarlatine, diphtérie, coqueluche, oreillons), si à la date de début du voyage l'Assuré est à l'hôpital ou en isolement (quarantaine) ;

14.1.5. refus de délivrer un visa d'entrée (de transit) à l'Assuré par le consulat (l'ambassade) d'un état étranger sous réserve de respect simultané des conditions suivantes :

- le dossier complet de documents nécessaires pour l'obtention d'un visa d'entrée (de transit) a été fourni au consulat selon les modalités prévues ;

- l'Assuré n'a pas d'avertissements relatifs à la violation, il n'a pas violé les règles de séjour des citoyens russes sur le territoire d'un état étranger dont le visa est demandé ;

14.2. Programme d'assurance B – pour les motifs indiqués pour le Programme A, et en complément :

14.2.1. hospitalisation des parents proches de l'Assuré : époux/épouse, père, mère, enfants, y compris ceux adoptés, adoptants, frères et sœurs, grands-pères et grands-mères, petits-fils officiellement enregistrés, tuteurs officiels et personnes en tutelles en résultat d'une maladie imprévue exigeant la présence de l'Assuré ;

14.2.2. destruction ou endommagement d'un local d'habitation appartenant à l'Assuré à titre de propriété qui a eu lieu au plus tôt 15 jours avant le début du voyage, en résultat d'un incendie, d'une explosion, des catastrophes naturelles, d'un endommagement par eau des systèmes de distribution d'eau, de canalisation et de chauffage, des actions illégales des tiers, sous réserve que le dommage causé est important et met le local en état inapte pour l'habitation ;

14.2.3. procédure judiciaire se déroulant en période du voyage de l'Assuré, à laquelle il participe suite à un jugement/une ordonnance du tribunal, si l'assignation à comparaître a été reçue après l'achat d'un produit touristique, d'un billet et/ou le paiement de l'hébergement, excepté les cas suivants : participation de l'Assuré à une procédure judiciaire (un procès) en qualité de demandeur, représentant du demandeur ou de défendeur, et/ou en cas d'exécution par l'Assuré des fonctions professionnelles ou de travail ;

14.2.4. appel de l'Assuré pour l'exécution de ses obligations militaires ou d'autres obligations sociales en période du voyage planifié, si la convocation (l'ordre) a été reçu(e) après l'achat d'un produit touristique, d'un billet et/ou le paiement de l'hébergement ;

14.2.5. accident de la route avec participation du véhicule qui transportait l'Assuré à l'aéroport (la gare, au port) pour aller dans les Pays couverts indiqués dans le Contrat d'assurance pour le risque « Dépenses médicales et d'autres dépenses en cas d'urgence » ou pour le risque « Accident ».

15. En cas d'arrivée d'un événement assuré pour le risque « Annulation d'un voyage » seront remboursées les dépenses supportées en réalité par le Souscripteur (l'Assuré) pour réaliser le voyage moins les montants remboursés par l'agence de voyage (l'organisateur de voyages/le billettiste), l'entreprise de transport aérien ou une autre société de transport, la société, via laquelle l'hébergement a été payé, et les frais de chancellerie supportés par l'Assuré lors du dépôt de la demande de visa.

16. Frais irremboursables pour le risque « Annulation d'un voyage ».

16.1. Pour le risque « Annulation d'un voyage » ne seront pas remboursées les dépenses liées à un refus forcé du voyage qui a eu lieu suite à :

16.1.1. la modification des délais de voyage à l'initiative du Souscripteur/de l'Assuré, de l'organisateur de voyages/du billettiste et /ou du transporteur ;

16.1.2. l'annulation du voyage par faute de l'organisateur de voyages/du billettiste, du transporteur, y compris la faillite, la liquidation de l'organisateur de voyages/du billettiste, du transporteur ;

16.1.3. l'engagement de la responsabilité de l'Assuré pour la violation de la législation administrative, pénale, douanière de la Fédération de Russie ;

16.1.4. la violation par l'Assuré du code des visas et du régime d'entrée adopté par les états de destination ;

16.1.5. si le droit de l'Assuré de sortie/d'entrée est restreint, et l'Assuré le sait ou devait savoir ;

16.1.6. la non-exécution par l'Assuré des obligations ordonnées par un tribunal et la remise des affaires à l'exécution à un Service des huissiers de justice ;

16.1.7. si le délai de validité du passeport à l'étranger de l'Assuré est inférieur à 3 (trois) mois après la date de fin du voyage ;

16.1.8. la nécessité de passer un traitement, y compris en cas d'aggravations et /ou de complications des maladies suivantes : tuberculose, sarcoidose, mucoviscidose, insuffisance rénale et insuffisance hépatique chroniques, toute forme d'hépatites, hépatocirrhose, diabète sucré et d'autres maladies endocriniennes, maladies systémiques du tissu

conjonctif, maladie de Bechterew, maladies du sang, herpès, mycose (y compris candidose), maladies parasitaires, poliomyélite, encéphalite, méningite, polynévrite ;

16.1.9. la nécessité de traitement des maladies du système nerveux (sclérose en plaques, troubles de la parole et d'autres), de l'appareil locomoteur, des organes de la vision et des organes sensoriels non liés à un traumatisme ;

16.1.10. la nécessité de traitement, y compris en cas d'aggravations et /ou de complications des maladies mentales, de l'épilepsie, des spasticités, des névroses (dépression, épisodes d'hystérie, stress), ainsi que de différents traumatismes liés à des aggravations et /ou des complications de ces maladies / états ;

16.1.11. la grossesse et/ou la nécessité de traitement des complications de la grossesse indépendamment de la durée de la grossesse, ainsi que de surveillance avant et après l'accouchement, l'accouchement (y compris l'accouchement avant le terme et l'opération césarienne) ;

16.1.12. la nécessité de traitement des maladies vénériennes et des maladies sexuellement ou de préférence sexuellement transmissibles, ainsi que de traitement des maladies étant leur conséquence ;

16.1.13. la nécessité de traitement de l'infection VIH et des maladies étant sa conséquence ou complication ;

16.1.14. la nécessité d'examen et de traitement des maladies oncologiques, des néoformations (malignes et bénignes), y compris du tissu hématopoïétique et lymphatique, ainsi que des maladies étant leur conséquence ou complication ;

16.1.15. la nécessité de traitement de l'alcoolisme, de la narcomanie et d'autres abus/dépendances ou d'un autre état lié à l'habitude ou au traitement des affections provoquées par l'usage de stupéfiants, de psychotropes, de boissons alcooliques, ainsi qu'au traitement des traumatismes de l'Assuré qui se produiront, quand l'Assuré sera en un des états énumérés ci-dessus ;

16.1.16. la nécessité d'un traitement et/ou d'un examen planifié ;

16.1.17. la nécessité de traitement des maladies, des traumatismes de l'Assuré qui se produiront en résultat du service militaire ou de la participation à des forces armées ou à des groupements militaires ;

16.1.18. un refus / retard de délivrance du visa pour motifs suivants :

- dans le passeport à l'étranger de l'Assuré déposé auprès de l'établissement consulaire d'un état étranger pour obtenir un visa il y a un timbre de refus de délivrer un visa (ou un timbre d'acceptation des documents à examiner pour délivrer un visa, mais le visa n'a pas été délivré) par les ambassades de tous les pays ;

- dans le passeport à l'étranger de l'Assuré déposé auprès de l'établissement consulaire d'un état étranger pour obtenir un visa il y a des timbres apposés par des services frontaliers à cause des violations du régime des visas lors du séjour de l'Assuré dans un état étranger ou les timbres d'expulsion forcée de l'Assuré de n'importe quel état étranger ;

- le passeport à l'étranger de l'Assuré déposé auprès de l'établissement consulaire d'un état étranger pour obtenir un visa est délabré ou endommagé ou il y a des ratures dans le passeport ;

- les documents pour l'obtention du visa ont été déposés avec violation des délais établis par l'organe habilité à délivrer un (des) visa(s) d'un état étranger ou ne sont pas conformes à ses exigences ;

- les documents pour l'obtention du visa ont été déposés auprès d'un bureau de représentation d'un état étranger non habilité à délivrer des visas aux personnes résidentes du lieu de résidence permanente de l'Assuré ;

16.1.19. la non-observation des exigences des services consulaires en matière d'obtention des visas pour faire des voyages à l'étranger ;

16.1.20. la préparation des documents pour obtenir un visa par une personne morale n'étant pas l'organisateur de voyages organisant ce tour (voyage).

17. Conditions de paiement de l'indemnité pour le risque « Annulation d'un voyage ».

17.1. L'Assuré s'engage à informer l'Assureur par écrit sur l'arrivée d'un événement ayant les indicateurs d'un événement assuré. La demande doit contenir l'indication de la nature et des circonstances d'arrivée de l'événement assuré. À la demande il faut joindre les documents suivants :

17.1.1. Contrat d'assurance (Police d'assurance) original(e) ;

17.1.2. contrat de vente d'un produit touristique original (ou sa copie notariée) et documents confirmant le paiement établis en conformité avec la Loi fédérale de la Fédération de Russie « Sur les activités principales de l'industrie touristique en Fédération de Russie » du 24.11.1996 N°132-FZ.

En cas d'un voyage organisé indépendamment : billets de transport et documents confirmant le paiement des chambres d'hôtel ;

17.1.3. en cas d'annulation d'un voyage à cause d'une maladie, d'un traumatisme : compte-rendu d'hospitalisation (délivré par un hôpital), extrait du dossier médical du malade ambulatoire pour toute la période de traitement, documents officiels délivrés par des organes compétents (attestations des services d'application de la loi et des autorités de justice) confirmant l'arrivée d'un accident, si un accident de la route est la cause de l'événement ; en cas des maladies infectieuses infantiles — certificat d'isolement à cause d'une maladie infectieuse subie et extrait du dossier médical du malade ambulatoire délivré par l'établissement médical pour toute la période de traitement ;

17.1.4. en cas d'un refus de délivrer le visa d'entrée : refus officiel du service consulaire de l'ambassade (si délivré) et le passeport à l'étranger original avec timbre de refus de délivrer un visa, ou copie notariée de la page de titre du passeport à l'étranger et de la page, sur laquelle le timbre de refus de délivrer un visa est apposé ;

17.1.5. s'il est impossible de faire un voyage à cause d'une procédure judiciaire : l'assignation à comparaître et/ou le jugement, l'ordonnance, la décision certifié(e) par le tribunal ;

17.1.6. s'il est impossible de faire un voyage à cause de la destruction ou de l'endommagement du local d'habitation : documents confirmant le droit de propriété de l'Assuré du local d'habitation, documents (leurs copies certifiées) délivrés par des organes compétents (Ministère des Situations d'urgence de la Russie, police) confirmant le fait et les circonstances d'endommagement ;

17.1.7. en cas d'annulation d'un voyage à cause d'un retard de l'Assuré qui se trouvait en route vers l'aéroport (la gare, le port) à cause d'un accident de la route ; procès-verbal, ordonnance (jugement) des organes des affaires intérieures confirmant l'arrivée de l'accident de la route ;

17.1.8. documents confirmant que l'organisateur de voyages/le billettiste a remboursé les dépenses en conformité avec la clause de résiliation du contrat de vente des produits touristiques, le calcul du montant remboursé et la copie du bon de paiement ;

17.1.9. en cas de conclusion du contrat de vente des produits touristiques par l'intermédiaire d'un billettiste : contrat d'agent commercial entre l'organisateur de voyages et le billettiste et documents confirmant le virement par le billettiste à l'organisateur de voyages des moyens financiers en vertu de ce contrat de vente des produits touristiques ;

17.1.10. documents financiers de l'organisateur de voyages / du billettiste confirmant les dépenses réelles supportées par l'organisateur de voyages/le billettiste en liaison avec exécution du contrat de vente des produits touristiques conclus avec le Souscripteur (l'Assuré) ;

17.1.11. en cas d'un voyage organisé indépendamment : documents délivrés par le transporteur et l'hôtel confirmant les dépenses supportées par le Souscripteur (l'Assuré) à cause de l'annulation d'un voyage ;

17.1.12. sur demande de l'Assureur : information/documents sur l'état de santé (compte-rendu d'hospitalisation et extrait du dossier médical du malade ambulatoire), lettre d'information du Fonds d'assurance maladie obligatoire territorial ou de la société d'assurance que l'Assuré a choisie pour l'assurance maladie obligatoire, sur le traitement passé pendant les derniers trois ans, l'avis du médecin, de l'expert ou de la commission médicale ;

17.1.13. références du compte bancaire du Souscripteur (de l'Assuré).

17.2. Aux documents établis en une langue étrangère l'Assuré doit joindre une traduction en russe faite par une société spécialisée exerçant l'activité de traduction de documents. Par accord mutuel des parties contractantes la traduction peut être faite par l'Assureur, en même temps l'Assureur a le droit de déduire le montant des frais de traduction en russe des documents fournis en liaison avec l'événement assuré du montant de l'indemnité.

17.3. Si l'information contenue dans les documents présentés par l'Assuré est insuffisante pour la prise par l'Assureur de décision de classement ou non de l'événement arrivé comme un événement assuré et/ou la définition du montant des dommages, l'Assureur a le droit d'augmenter les délais d'examen des documents pour prendre la décision et demander que l'Assuré, l'organisateur de voyages / le billettiste, les sociétés de transport, les établissements médicaux et / ou les organes compétents présentent par écrit les documents complémentaires (ou leurs copies), ainsi que d'effectuer une enquête indépendante

17.4. L'Assureur se réserve le droit de vérifier indépendamment, si les dépenses supportées par l'Assuré sont raisonnables, avec une correction correspondante du montant de l'indemnité.

17.5. Après la réception de tous les documents et données nécessaires (pp. 17.1 - 17.3 des présentes Conditions générales d'assurance) l'Assureur :

17.5.1. pendant 20 jours ouvrables reconnaît l'événement comme l'événement assuré, établit et approuve l'acte d'assurance contenant le montant et la procédure de paiement de l'indemnité, ou prend la décision de ne pas reconnaître l'événement comme l'événement assuré et refuse de payer l'indemnité ;

17.5.2. pendant 10 jours ouvrables à compter de la date de prise par l'Assureur de décision de reconnaître un événement comme l'événement assuré il payera l'indemnité. Si un événement n'est pas classé comme l'événement assuré, l'Assureur enverra pendant 3 jours ouvrables au Souscripteur (à l'Assuré) le refus écrit de paiement de l'indemnité en se référant aux points des Règles d'assurance et/ou des Conditions générales d'assurance comme à un fondement, en vertu duquel la décision de non-paiement de l'indemnité a été prise.

17.6. L'indemnité à payer pour le risque « Annulation d'un voyage » ne peut pas être supérieure au montant de l'indemnité indiqué dans le Contrat d'assurance pour ce risque.

17.7. Le Bénéficiaire d'assurance pour le risque « Annulation d'un voyage » est le Souscripteur (l'Assuré) qui a acheté (acquis) les produits touristiques en vertu du contrat de vente des produits touristiques ou payé les billets de transport et l'hébergement, si le voyage a été organisé indépendamment.

17.8. L'Assureur refusera de payer une indemnité en présence d'au moins une des circonstances suivantes :

17.8.1. si le Contrat d'assurance n'est pas valable en vertu de la législation en vigueur de la Fédération de Russie ;

17.8.2. si les dépenses ont été remboursées par des tiers ;

17.8.3. si l'événement arrivé et les dépenses supportées par l'Assuré sont les exceptions énumérées dans les points 3, 16 des présentes Conditions générales d'assurance ;

17.8.4. si l'événement déclaré et les dépenses de l'Assuré n'ont pas eu lieu en réalité ou ne sont pas confirmés par les justificatifs ;

17.8.5. si la personne qui a déposé la demande de paiement d'une indemnité n'est pas Souscripteur, Assuré ou représentant d'une de ces personnes ;

CHAPITRE IV. ASSURANCE DU RISQUE « ACCIDENT »

18. Les événements assurés pour le risque « Accident » sont, en fonction du Programme d'assurance choisi par le Souscripteur et indiqué dans la Police d'assurance, les événements suivants qui ont eu lieu pendant la durée du Contrat d'assurance dans les Pays couverts indiqués dans le Contrat d'assurance (la Police d'assurance) :

18.1. Programme d'assurance A

18.1.1. dommage causé à la vie et à la santé de l'Assuré en résultat d'un accident (p. 1.3 des présentes Conditions générales d'assurance) ;

18.1.2. décès de l'Assuré en résultat d'un accident.

18.2. Programme d'assurance B – événements prévus par le Programme d'assurance A, et en complément :

18.2.1. groupes d'invalidité I, II, III ou catégorie « enfant-invalidé » de l'Assuré établi(e) pour la première fois suite à un accident. En même temps l'invalidité de l'Assuré doit être établie en période ne dépassant pas 12 mois à compter de la date d'événement indiqué dans ce point et devenu la cause de l'invalidité.

19. Ne seront pas reconnus comme les événements assurés pour le risque « Accident » les événements qui sont les conséquences des événements énumérés dans le p. 3 des présentes Conditions générales d'assurance, ainsi que les événements **qui** ont eu lieu avant le début de la période de validité de l'assurance et après la date de fin de la période de validité de l'assurance, ainsi que arrivés à l'Assuré pendant la durée du contrat d'assurance et dans les Pays couverts dans les circonstances suivantes ou en résultat de :

19.1. la reconnaissance par le tribunal que l'Assuré a disparu ou est décédé ;

19.2. un traumatisme suite à des accès convulsifs provoqués par l'épilepsie ;

19.3. un traumatisme dû à la pratique des loisirs d'été actifs, si le chapitre « Risques complémentaires » de la Police

d'assurance ne comprend pas la mention « Active rest ». En tout cas ne seront pas classés comme les événements assurés les traumatismes de l'Assuré liés à des compétitions, courses de chevaux, courses automobile et moto et à d'autres concours sportifs ;

19.4. un traumatisme dû à des loisirs d'hiver actifs, si le chapitre « Risques complémentaires » de la Police d'assurance ne comprend pas la mention « Winter active rest ». En tout cas ne seront pas classés comme les événements assurés les traumatismes de l'Assuré liés à des compétitions, courses de chevaux, courses automobile et moto et à d'autres concours sportifs ;

19.5. un traumatisme dû à la pratique des loisirs extrêmes, si le chapitre « Risques complémentaires » de la Police d'assurance ne comprend pas la mention « Extreme rest ». En tout cas ne seront pas classés comme les événements assurés les traumatismes de l'Assuré liés à des compétitions, courses de chevaux, courses automobile et moto et à d'autres concours sportifs ;

19.6. un traumatisme dû à la pratique par l'Assuré du sport professionnel ou amateur, y compris pendant la participation de l'Assuré à des compétitions, tournois et camps d'entraînement sportifs, si le chapitre « Risques complémentaires » de la Police d'assurance ne comprend pas l'indication du sport concret (en même temps seulement le traumatisme en résultat d'un risque complémentaire indiqué directement dans la Police d'assurance sera couvert) ;

19.7. un traumatisme de l'Assuré suite à l'exercice des activités de service, de travail ou d'autres activités (y compris une activité salariée) prévoyant une activité physique et capable d'augmenter, selon l'avis de l'Assureur, le risque d'arrivée d'un événement assuré, si le chapitre « Risques complémentaires » de la Police d'assurance ne comprend pas la mention d'une profession concrète.

19.8. un traumatisme de l'Assuré pendant le séjour dans un Camp de sport pour les enfants ou un camp de remise en forme pour les enfants, si le chapitre « Risques complémentaires » de la Police d'assurance ne comprend pas la mention « Camp de sport pour les enfants ».

20. En cas d'arrivée d'un événement ayant des indicateurs d'un événement assuré l'Assuré s'engage à :

20.1. contacter immédiatement l'Assureur par téléphone indiqué dans le Contrat d'assurance (la Police d'assurance) et fournir les données suivantes :

- nom et prénom de l'Assuré, son emplacement et numéro de téléphone de contact ;
- numéro du Contrat d'assurance (de la Police d'assurance) ;
- motif d'appel ;
- d'autres informations que l'Assureur demandera.

20.2. rester en contact avec l'Assureur en utilisant les moyens de communication possibles ;

20.3. donner sur demande de l'Assureur l'autorisation écrite d'obtenir l'information nécessaire auprès des établissements médicaux et d'autres établissements et contribuer à l'obtention de cette information ;

20.4. donner son consentement de faire le test d'alcoolémie/de dépistage de drogues/stupéfiants/psychotropes dans un établissement médical dans les Pays couverts sur demande de l'Assureur ;

20.5. sur demande de l'Assureur passer un examen médical (une expertise) désigné(e) par l'Assureur. En cas de refus de passer un examen médical (une expertise) l'Assureur a le droit de refuser de payer une indemnité.

20.6. Pour obtenir l'indemnité il faut fournir à l'Assureur tous les documents énumérés dans les pp. 21.5-21.8 des présentes Conditions générales d'assurance.

21. Conditions de paiement de l'indemnité pour le risque « Accident ».

21.1. En cas d'arrivée des événements prévus par le p.18.1.1 des présentes Conditions générales d'assurance le montant de l'indemnité sera défini en pourcentage du montant assuré en conformité avec le « Tableau des montants des indemnités à payer pour le risque « Accident » (Annexe N° 2 aux présentes Conditions générales d'assurance).

21.2. En cas d'établissement d'un groupe (d'une catégorie) d'invalidité de l'Assuré (p. 18.2.1 des Conditions générales d'assurance) le montant de l'indemnité sera égal à un des montants suivants par rapport au montant

assuré :

- 100% en cas d'établissement du groupe d'invalidité I ;
- 70 % en cas d'établissement du groupe d'invalidité II ;
- 40 % en cas d'établissement du groupe d'invalidité III ;
- 30 % en cas d'établissement de la catégorie « enfant-invalidé ».

21.3. En cas de décès de l'Assuré (p. 18.1.2 des Conditions générales d'assurance) le montant de l'indemnité sera égal à 100 % du montant assuré moins les paiements prévus par les pp. 21.1 et 21.2 des présentes Conditions générales d'assurance, s'ils ont été payés ou dus être payés en vertu des documents fournis antérieurement.

21.4. Le montant total des indemnités pour le risque « Accident » ne peut pas être supérieur au montant assuré établi pour l'Assuré pour ce risque.

21.5. En cas d'arrivée d'un événement ayant des indicateurs d'un événement assuré l'Assuré, et en cas de son décès le Bénéficiaire d'assurance, si ce dernier n'est pas désigné, l'héritier (les héritiers) de l'Assuré, s'engage(nt) à fournir à l'Assureur les documents suivants :

- demande de paiement d'une indemnité écrite selon la forme établie par l'Assureur avec indication de l'information fiable sur les circonstances, dans lesquelles l'événement a eu lieu, ainsi que les coordonnées bancaires pour verser l'indemnité ;
- carte d'identité du demandeur ;
- Contrat d'assurance (Police d'assurance) original(e) ;
- documents médicaux confirmant l'accident avec participation de l'Assuré qui a eu lieu pendant la durée du Contrat d'assurance, les circonstances d'arrivée de l'accident, le diagnostic complet, les délais de traitement, les tests diagnostiques et les soins réalisés ;
- images radiologiques primaires, si le traumatisme a été accompagné des altérations osseuses (entorses, subluxations, épiphyséolises, fractures, détachement des fragments osseux) ;
- documents délivrés par des organes compétents relatifs à l'enquête des circonstances de l'accident. Ces documents doivent contenir l'information sur les faits d'arrivée d'un accident avec la participation de l'Assuré et l'indication de la nature des dommages corporels reçus ;
- résultats d'un test d'alcoolémie / d'un test de dépistage de drogues/stupéfiants/psychotropes ;
- acte d'arrivée d'un accident du travail ou document analogique établi dans le pays de séjour à fournir, si nécessaire, quand il faut établir la liaison entre l'événement et l'exécution par l'Assuré de ses fonctions de travail ;
- copie notariée de l'attestation délivrée par un organe du service d'État d'expertise médico-sociale (MSE) confirmant l'établissement d'un groupe d'invalidité à l'Assuré - à fournir en cas d'établissement de l'invalidité.
- conclusion (extrait de l'acte d'expertise médicale) d'un bureau du service d'État d'expertise médico-sociale sur les résultats d'expertise et d'établissement d'un groupe d'invalidité ;
- copie notariée du certificat de décès de l'Assuré – à fournir en cas de décès ;
- document médical (ou sa copie certifiée selon les modalités prévues par la législation de la Fédération de Russie) avec indication de la cause du décès de l'Assuré (copie de l'acte de décès de l'Assuré, etc.) – à fournir en cas de décès ;
- copie du procès-verbal d'autopsie de l'Assuré (si nécessaire, si l'autopsie a été faite) ;
- Certificat d'hérédité légale ou sa copie notariée — à fournir seulement par un héritier ou les héritiers de l'Assuré.

Tous les documents délivrés par des établissements de soins ou des organes compétents sont à établir sur un papier à en-tête et signés et tamponnés avec du sceau de l'entité. Si le document n'est pas établi sur un papier à en-tête, l'estampille de l'entité qui a délivré le document est obligatoire ;

- références du compte bancaire du Souscripteur (de l'Assuré)/du Bénéficiaire d'assurance ;

21.6. Sur demande de l'Assureur l'Assuré s'engage à fournir l'information/les documents relatifs à sa santé : compte-rendu d'hospitalisation et extrait du dossier médical du malade ambulatoire, lettre d'information du Fonds d'assurance maladie obligatoire territorial /de la Société d'assurance que l'Assuré a choisie pour l'assurance

maladie obligatoire, sur le traitement passé pendant les derniers trois ans, l'avis du médecin, de l'expert ou de la commission médicale.

21.7. Aux documents établis en une langue étrangère l'Assuré (le Bénéficiaire d'assurance) doit joindre une traduction en russe préparée par une société spécialisée exerçant l'activité de traduction de documents. Par accord mutuel des parties contractantes la traduction peut être faite par l'Assureur, en même temps l'Assureur a le droit de déduire le montant des frais de traduction en russe des documents fournis en liaison avec l'événement assuré du montant de l'indemnité.

21.8. Si l'information contenue dans les documents présentés par l'Assuré est insuffisante pour la prise par l'Assureur de décision de classement ou non de l'événement arrivé comme un événement assuré et/ou la définition du montant des dommages, l'Assureur a le droit d'augmenter les délais d'examen des documents pour prendre la décision et demander que l'Assuré, la Société de service, les établissements médicaux et /ou les organes compétents présentent les documents complémentaires (ou leurs copies) par écrit, ainsi que d'effectuer une enquête indépendante.

21.9. L'Assureur se réserve le droit de vérifier les circonstances d'arrivée d'un événement assuré.

21.10. Après la réception de tous les documents et données nécessaires (pp. 21.5. - 21.8. des présentes Conditions générales d'assurance) l'Assureur :

- pendant 20 jours ouvrables reconnaît l'événement comme l'événement assuré, établit et approuve l'acte d'assurance contenant le montant et la procédure de paiement de l'indemnité, ou prend la décision de ne pas reconnaître l'événement comme l'événement assuré et refuse de payer l'indemnité.

- pendant 10 jours ouvrables à compter de la date de prise par l'Assureur de décision de reconnaître un événement comme l'événement assuré il payera l'indemnité. Si un événement n'est pas classé comme l'événement assuré, l'Assureur enverra pendant 3 jours ouvrables au Souscripteur (à l'Assuré)/au Bénéficiaire d'assurance le refus écrit de paiement de l'indemnité en se référant aux points des Règles d'assurance et/ou des Conditions générales d'assurance comme à un fondement, en vertu duquel la décision de non-paiement de l'indemnité a été prise.

21.11. Les montants de l'indemnité pour le risque « Accident » ne peuvent pas être supérieurs aux montants des limites de remboursement prévus les points 21.1 -21.3 des présentes Conditions générales d'assurance, et le montant total à rembourser pendant la durée du Contrat d'assurance ne peut pas être supérieur au montant assuré établi par le Contrat d'assurance pour ce risque pour chaque Assuré.

21.12. L'indemnité peut être payée :

21.12.1. à l'Assuré ;

21.12.2. au Bénéficiaire d'assurance indiqué dans le contrat ;

21.12.3. aux héritiers de l'Assuré, si :

- l'Assuré est décédé sans recevoir l'indemnité due ;

- le Bénéficiaire d'assurance a privé intentionnellement l'Assuré de vie ou lui a intentionnellement causé des dommages corporels qui ont entraîné son décès ;

- le Bénéficiaire d'assurance n'a pas été désigné ou il est décédé avant le décès de l'Assuré ;

- si l'Assuré ou le Bénéficiaire d'assurance est décédé avant la prise de décision de paiement d'une indemnité ;

21.12.4. aux héritiers du Bénéficiaire d'assurance, si le décès du Bénéficiaire d'assurance a suivi le décès de l'Assuré, et le Bénéficiaire d'assurance n'a pas eu le temps de recevoir l'indemnité due.

21.13. L'indemnité sera payée en roubles par virement bancaire des sommes dues sur le compte bancaire indiqué par l'Assuré (le Bénéficiaire d'assurance, l'Héritier) ou par un autre moyen par consentement mutuel des parties.

21.14. L'Assureur refusera de payer une indemnité en présence d'au moins une des circonstances suivantes :

21.14.1. si le Contrat d'assurance n'est pas valable en vertu de la législation en vigueur de la Fédération de Russie ;

21.14.2. si les dépenses ont été remboursées par des tiers ;

21.14.3. si l'événement arrivé n'est pas reconnu comme l'événement assuré en conformité avec les dispositions du Contrat d'assurance ;

21.14.4. si l'événement déclaré n'a pas eu lieu ou n'est pas confirmé par les justificatifs ;

21.14.5. si la personne qui a déposé la demande de paiement d'une indemnité n'est pas Souscripteur, Assuré, Bénéficiaire d'assurance ou Héritier ;

21.14.6. si l'événement arrivé est la conséquence des événements énumérés dans les pp. 3, 19 des présentes Conditions générales d'assurance ;

21.14.7. si certaines des conditions prévues par les points 20, 21.5-21.8 des présentes Conditions générales d'assurance ne sont pas accomplies.

CHAPITRE V. RISQUE « BAGAGE PERDU »

22. Les événements assurés pour le risque « Bagage perdu » sont, en fonction du Programme d'assurance choisi par le Souscripteur et indiqué dans la Police d'assurance, les événements suivants :

22.1. Programme d'assurance A :

22.1.1. perte (disparition) du bagage officiellement remis au transporteur par l'Assuré suivant son itinéraire et revenant du/au lieu de résidence permanente, ainsi que pendant les voyages de l'Assuré entre les pays et régions faisant partie des Pays couverts.

22.1.2. dépenses nécessaires et urgentes de l'Assuré à cause d'un retard de bagages supérieur à 3 heures pour l'achat des

produits de première nécessité d'un montant :

- inférieur à 100 unités conventionnelles (limite de responsabilité) lors des voyages des citoyens de la Fédération de Russie et des citoyens étrangers hors des frontières de la Fédération de Russie.

- inférieur à 5 000 roubles (limite de responsabilité) lors des voyages des citoyens de la Fédération de Russie et des citoyens étrangers sur le territoire de la Fédération de Russie.

24. Frais irremboursables pour le risque « Bagage perdu ».

24.1. L'assurance du risque « Bagage perdu » ne couvre pas :

24.1.1. la perte des bagages transportés par l'Assuré comme des bagages à main, ainsi que des bagages remis au transporteur sans procédure /avec violation de la procédure d'accomplissement des formalités nécessaires lors de la remise des bagages ;

24.1.2. la perte des bagages contenant des substances explosives, toxiques et/ou corrodantes ;

24.1.3. la non-exécution ou la mauvaise exécution par l'Assuré de ses obligations liées au transport et à la conservation des bagages, y compris au paiement, aux conditions d'emballage et à la réception opportune des bagages ;

24.1.4. les accessoires de sport en cas de leur transport ;

24.1.5. la perte suite à la confiscation des bagages par les organes compétents ;

24.1.6. les pertes des bagages qui n'ont pas été déclarées /signalées au transporteur selon les modalités prévues par la loi et les présentes Conditions générales-

25. Conditions de paiement de l'indemnité pour le risque « Bagage perdu ».

25.1. En cas d'arrivée d'un événement ayant des indicateurs d'un événement assuré le Souscripteur (l'Assuré) s'engage à :

25.1.1. Informer immédiatement de ce qui s'est passé les organes compétents du lieu de séjour (milice, police, douane, etc.) et l'administration de l'établissement du lieu de séjour (hôtel, aéroport, gare, etc.).

25.1.2. Assurer l'établissement sur place du document fixant la perte (acte, procès-verbal) et prendre les mesures de conservation des bagages restants. Refus des organes compétents d'établir un document nécessaire doit être aussi établi par écrit.

25.1.3. Déposer une réclamation auprès de la personne responsable des dommages.

25.1.4. Immédiatement, mais en tout cas au plus tard 3 jours (excepté les jours de repos et les jours fériés) après

le retour dans le lieu de résidence permanente, en informer l'Assureur ou son représentant par le moyen indiqué dans la Police d'assurance.

25.2. La non-exécution des exigences du p. 25.1 des présentes Conditions générales peut servir de fondement de ne pas payer l'indemnité ou diminuer le montant de l'indemnité du prix des dommages non confirmés par les justificatifs.

25.3. Si l'information contenue dans les documents présentés par le Souscripteur (l'Assuré) est insuffisante pour la prise par l'Assureur de décision de classement ou non de l'événement arrivé comme un événement assuré et/ou la définition du montant des dommages, l'Assureur a le droit d'augmenter les délais d'examen des documents pour prendre la décision et demander que le Souscripteur (l'Assuré) et d'autres établissements présentent les documents complémentaires (ou leurs copies) par écrit, ainsi que d'effectuer une enquête indépendante.

25.4. Le Souscripteur (l'Assuré) s'engage, pendant 30 (trente) jours calendaires à compter de la date de retour du voyage, pendant lequel un événement ayant les indicateurs d'un événement assuré a eu lieu, à déposer auprès de l'Assureur la demande de paiement de l'indemnité selon la forme établie par l'Assureur en joignant les documents originaux suivants :

- Contrat d'assurance (Police d'assurance) ;
- passeport à l'étranger de l'Assuré avec les timbres confirmant la traversée de la frontière du lieu de résidence permanente, pour confirmer le séjour de l'Assuré dans les Pays couverts pendant l'arrivée de l'événement assuré ;
- passeport de la Fédération de Russie – pour les citoyens de la Fédération de Russie ;
- références du compte bancaire du Souscripteur (de l'Assuré) ;
- documents originaux confirmant la remise des bagages au transporteur (bulletin de bagage, bulletin de remise des bagages pour la conservation, etc.) ;
- documents originaux remis antérieurement à l'Assureur et/ou à la Société de service sous forme des copies ou par fax ou par voie électronique ;
- description écrite des circonstances et d'autres documents nécessaires pour confirmer l'arrivée d'un événement assuré ou le montant des dommages subis (causés) ;
- billet (carte d'embarquement) original(e) ;
- copie de la réclamation et d'autres documents nécessaires pour présenter une réclamation au transporteur, déposée pendant la période limite de temps indiquée dans les conditions générales de transport du transporteur ; copie de la réponse du transporteur à cette réclamation ;
- document confirmant le retard d'un vol et/ou des bagages avec le timbre du transporteur, y compris le numéro du vol et le lieu où ce retard a eu lieu et le nombre d'heures de retard ;
- documents confirmant les dépenses d'achat des

produits de première nécessité en liaison avec le retard des bagages.

25.5. Si les documents fournis par l'Assuré sont établis en une langue étrangère, il faut y joindre les traductions, et dans certains cas, sur demande de l'Assureur, les traductions notariées.

25.6. Après la réception de tous les documents et données nécessaires (pp. 25.4, 25.5 des présentes Conditions générales d'assurance) l'Assureur :

- pendant 20 jours ouvrables (si un autre délai n'est pas indiqué dans le Contrat d'assurance) reconnaît l'événement comme l'événement assuré, établit et approuve l'acte d'assurance contenant le montant et la procédure de paiement de l'indemnité, ou prend la décision de ne pas reconnaître l'événement comme l'événement assuré et refuse de payer l'indemnité.

- pendant 10 jours ouvrables à compter de la date de prise par l'Assureur de décision de reconnaître un événement comme l'événement assuré il payera l'indemnité. Si un événement n'est pas classé comme l'événement assuré, l'Assureur enverra pendant 3 jours ouvrables au Souscripteur (à l'Assuré) le refus écrit de paiement de l'indemnité en se référant aux points des Règles d'assurance et/ou des Conditions générales d'assurance comme à un fondement, en vertu duquel la décision de non-paiement de l'indemnité a été prise.

25.7. L'indemnité sera payée d'un montant de :

25.7.1. en cas de retard de bagages de plus de 3 heures :

- en cas des voyages à l'étranger des citoyens de la Fédération de Russie et des citoyens étrangers quittant les pays de résidence permanente – 5 unités conventionnelles au maximum pour chaque heure de retard de bagages au-delà de 3 heures, mais le montant de limite de responsabilité au maximum établi par le p.22.1.2. des Conditions générales d'assurance, moins le montant de compensation payée ou due au Souscripteur (à l'Assuré) par le transporteur responsable ;

- lors des voyages des citoyens de la Fédération de Russie ou des citoyens étrangers sur le territoire de la Fédération de Russie – 150 roubles pour chaque heure de retard de bagages de plus de 3 heures, mais le montant de limite de responsabilité au maximum établi par le p.22.1.2. des Conditions générales d'assurance, moins le montant de compensation payée ou due au Souscripteur (à l'Assuré) par le transporteur responsable ;

25.7.2. en cas de perte de bagages – d'un montant de 1000 roubles pour chaque kilogramme du bagage perdu, mais le montant de limite de responsabilité (le montant assuré) au maximum établi pour le risque « Bagage perdu », moins le montant de compensation payée ou due au Souscripteur (à l'Assuré) par le transporteur responsable.

25.8. L'Assureur refusera de payer une indemnité en présence d'au moins une des circonstances suivantes :

25.8.1. si le Contrat d'assurance n'est pas valable en vertu de la législation en vigueur de la Fédération de Russie ;

25.8.2. si les pertes ont été remboursées par des tiers ;

25.8.3. si l'événement arrivé n'est pas reconnu comme l'événement assuré en conformité avec les dispositions du Contrat d'assurance ;

25.8.4. si l'événement déclaré n'a pas eu lieu ou n'est pas confirmé par les justificatifs ;

25.8.5. si l'événement arrivé et les dépenses supportées par l'Assuré sont les exceptions énumérées dans le p.24 des présentes Conditions générales ;

25.8.6. si certaines des conditions prévues par les points 25.4, 25.5 des présentes Conditions générales ne sont pas accomplies ;

25.8.7. en présence des causes et des circonstances énumérées dans le p.3 des présentes Conditions générales.

CHAPITRE VI. RISQUE « RESPONSABILITÉ CIVILE »

26. L'événement assuré **pour le risque « Responsabilité civile »**, en fonction du Programme d'assurance choisi par le Souscripteur et indiqué dans la Police d'assurance est l'événement inattendu, imprévu et spontané arrivé en réalité, en résultat duquel l'Assuré doit, compte tenu d'un jugement entré en vigueur, rembourser le dommage causé à la vie, à la santé et/ou aux biens d'une personne physique ou morale.

27. **Selon le programme A** pour le risque « Responsabilité civile » seront remboursées les dépenses suivantes nécessaires et confirmées par les justificatives et liées à l'événement assuré ;

27.1. un dommage direct réel causé à un tiers en résultat d'endommagement (de destruction), de perte des biens appartenant à un tiers à titre de propriété ou en vertu des relations juridiques confirmées par les justificatives, dans les limites du coût réel des biens ou du coût de restauration (réparation) ;

27.2. un dommage réel qui est la suite d'un dommage causé à la vie ou à la santé des personnes physiques défini selon les lois d'un Pays couvert ;

27.3. des dépenses raisonnables pour l'éclaircissement préliminaires des circonstances d'arrivée de l'événement assuré et du degré de culpabilité de l'Assuré ;

27.4. des dépenses d'examen des affaires par les organes judiciaires liées aux dommages causés par l'Assuré à des tiers.

28. Frais irreversibles pour le risque « Responsabilité civile »

28.1. Pour le risque « Responsabilité civile » ne seront pas remboursées :

28.1.1. les dépenses provoquées par l'engagement de la responsabilité lors de l'utilisation ou de l'exploitation de tout véhicule de transport ;

28.1.2. les dépenses liées à une reconnaissance volontaire (pré-judiciaire) par l'Assuré de sa responsabilité civile devant des tiers sans concertation préalable avec l'Assureur ;

- 28.1.3. les dépenses provoquées par des actions intentionnées ou un crime commis par l'Assuré ayant une relation de cause à effet avec les dommages causés ;
- 28.1.4. les dépenses liées à l'engagement de la responsabilité civile des parents proches de l'Assuré, y compris partiellement incapables ;
- 28.1.5. les dépenses liées à une responsabilité apparaissant indirectement ou directement, ou partiellement en résultat de la pollution par l'Assuré de l'atmosphère, de l'eau ou du sol ;
- 28.1.6. les dépenses liées à l'engagement de la responsabilité de la communication d'une maladie ou d'un virus ;
- 28.1.7. les dépenses liées à une responsabilité étant la conséquence de la poursuite pénale en vertu des lois du pays de séjour temporaire ;
- 28.1.8. les dépenses liées aux exigences de réparer le dommage lié avec violation des droits d'auteur, du droit sur la découverte, du droit à une invention, à l'utilisation interdite des logos et/ou marques de commerce, symboles et noms enregistrés ;
- 28.1.9. les dépenses liées à la réalisation par l'Assuré d'une activité professionnelle, d'une activité de travail en vertu d'une convention et/ou d'un contrat ;
- 28.1.10. tout dommage causé par les personnes, desquelles l'Assuré assume une responsabilité juridique ;
- 28.1.11. tout dommage causé aux animaux appartenant à l'Assuré.

29. Obligations des Parties en cas d'arrivée d'un événement assuré

29.1. En cas d'arrivée des événements qui peuvent servir de motifs de présentation des réclamations envers l'Assuré par des tiers et d'exiger la réparation des dommages causés, l'Assuré (son représentant) et/ou le Souscripteur s'engage à :

29.1.1. immédiatement, pendant 24 heures au maximum à compter de l'heure d'accusation, de présentation d'une réclamation, etc., en informer la Société de service et/ou l'Assureur par tout moyen accessible permettant de fixer objectivement le fait d'arrivée du message et accomplir toutes les instructions de la Société de service ;

29.1.2. si l'Assuré a l'information sur une accusation, instruction, enquête, procédure judiciaire prochaine, il doit en informer immédiatement l'Assureur et/ou la Société de service ;

29.1.3. si l'Assuré, en raison des circonstances, ne peut pas contacter la Société de service ou l'Assureur, il peut en charger son représentant ;

29.1.4. sans accord écrit de l'Assureur ou de la Société de service ne pas donner aucune promesse écrite ou orale et ne pas faire d'offres d'indemniser volontairement les pertes apparues, ne pas reconnaître entièrement ou partiellement sa faute (sa responsabilité), ne pas payer aucune somme en réparation du dommage, ne pas promettre de payer ou ne pas discuter les conditions de toute réclamation sans accord écrit de l'Assureur.

30. En cas de non-exécution par le Souscripteur (l'Assuré) des exigences du point 29.1 des présentes Conditions générales d'assurance l'Assureur a le droit de refuser le paiement de l'indemnité ou de diminuer son montant.

31. En demandant une aide prévue par le Contrat d'assurance l'Assuré (ou son représentant) et/ou le Souscripteur s'engage à fournir l'information suivante :

31.1. sur la nature du dommage causé à des tiers ;

31.2. sur les actions faites par les participants impliqués dans la régulation de l'événement et les autorités en liaison avec le dommage causé.

32. En cas de réception d'un message sur l'arrivée des événements ayant les indicateurs des événements assurés, l'Assureur prend la décision, s'il est raisonnable pour lui et la Société de service de faire des actions orientées vers la protection des intérêts de l'Assuré.

33. Si nécessaire, l'Assureur et/ou la Société de service a le droit d'exiger que l'Assuré ou le Souscripteur fournisse les explications écrites et/ou les documents qu'ils possèdent. En même temps l'Assuré (son représentant) et/ou le Souscripteur s'engage à envoyer immédiatement les documents nécessaires par le moyen approuvé par l'Assureur (la Société de service).

34. En recevant une réclamation, exigence, assignation, invitation de passer une expertise et d'autres documents de la part des tiers et/ou des organes compétents liés aux dommages causés, l'Assuré (son représentant) et/ou le

Souscripteur s'engage, immédiatement, pendant 24 (vingt-quatre) heures, à en informer l'Assureur et/ou la Société de service par téléphones indiqués dans le Contrat d'assurance et envoyer les documents reçus par fax ou par voie électronique au numéro de téléphone et/ou à l'adresse électronique indiqué(e) par l'Assureur/la Société de service.

35. En cas de prononciation d'un jugement dans l'affaire relative au dommage causé à des tiers, l'Assuré (son représentant) et/ou le Souscripteur s'engage, immédiatement, pendant 24 (vingt-quatre) heures, à en informer l'Assureur et/ou la Société de service par téléphones indiqués dans le Contrat d'assurance et envoyer les documents qu'il a au numéro de téléphone et/ou par un autre moyen (fax, envoi postal, adresse e-mail) à l'Assureur/la Société de service.

36. Si l'Assureur croit nécessaire de désigner son avocat ou une autre personne dûment habilitée pour défendre les intérêts de l'Assuré, fournir à la personne désignée toute l'information et documentation et délivrer une procuration de présenter les intérêts de l'Assuré devant le tribunal.

Pendant le déroulement de la procédure judiciaire relative aux dommages causés l'Assuré et ses représentants dûment habilités s'engagent à suivre les instructions de l'Assureur et/ou de la Société de service, si ces instructions ont été données.

37. Si à cause de la non-exécution ou de la mauvaise exécution par l'Assuré ou le Souscripteur de leurs obligations, y compris celles relatives aux délais d'information, la défense efficace des intérêts de l'Assuré devient impossible ou compliquée, l'Assureur a le droit de refuser le paiement de l'indemnité ou de diminuer son montant.

38. Conditions de paiement de l'indemnité pour le risque « Responsabilité civile ».

38.1. Pour obtenir une indemnité l'Assuré (le Souscripteur) s'engage à déposer auprès de l'Assureur, dans un délai ne dépassant pas 30 (Trente) jours calendaires à compter de la date d'arrivée de l'événement assuré, la Demande de paiement de l'indemnité selon la forme établie par l'Assureur en joignant les documents originaux suivants :

38.1.1 Contrat d'assurance (Police d'assurance) original(e) ;

38.1.2 passeport à l'étranger de l'Assuré avec les timbres confirmant la traversée de la frontière du lieu de résidence permanente, pour confirmer le séjour de l'Assuré dans les Pays couverts pendant l'arrivée de l'événement assuré ;

38.1.3 passeport de la Fédération de Russie – pour les citoyens de la Fédération de Russie ;

38.1.4. jugement de réparer le dommage causé à des tiers, si l'affaire relative à la réparation du dommage a été examiné par voie judiciaire ;

38.1.5 documents originaux remis antérieurement à l'Assureur et/ou à la Société de service sous forme des copies ou par fax ou par voie électronique ;

38.1.6 description écrite des circonstances et d'autres documents nécessaires pour confirmer l'arrivée d'un événement assuré ou le montant des dommages subis (causés) ;

38.1.7. factures de téléphone confirmant les négociations avec la Société de service par numéros de téléphone indiqués dans le Contrat d'assurance ;

38.1.8 références du compte bancaire du Souscripteur (de l'Assuré).

39. Si l'information contenue dans les documents présentés par le Souscripteur (l'Assuré) est insuffisante pour la prise par l'Assureur de décision de classement ou non de l'événement arrivé comme un événement assuré et/ou la définition du montant des dommages, l'Assureur a le droit d'augmenter les délais d'examen des documents pour prendre la décision et demander que le Souscripteur (l'Assuré) et d'autres établissements présentent les documents complémentaires (ou leurs copies) par écrit, ainsi que d'effectuer une enquête indépendante.

40. Après la réception de tous les documents et données nécessaires (pp. 38.1, 39 des présentes Conditions générales d'assurance) l'Assureur :

- pendant 20 jours ouvrables (si un autre délai n'est pas indiqué dans le Contrat d'assurance) reconnaît l'événement comme l'événement assuré, établit et approuve l'acte d'assurance contenant le montant et la procédure de paiement de l'indemnité, ou prend la décision de ne pas reconnaître l'événement comme l'événement assuré et refuse de payer l'indemnité.

- pendant 10 jours ouvrables à compter de la date de prise par l'Assureur de décision de reconnaître un événement comme l'événement assuré il payera l'indemnité. Si un événement n'est pas classé comme l'événement assuré, l'Assureur enverra pendant 3 jours ouvrables au Souscripteur (à l'Assuré) le refus écrit de paiement de l'indemnité

en se référant aux points des Règles d'assurance et/ou des Conditions générales d'assurance comme à un fondement, en vertu duquel la décision de non-paiement de l'indemnité a été prise.

41. L'indemnité sera payée, si l'Assuré a informé selon les modalités prévues sur l'arrivée d'un événement assuré et a respecté toutes les exigences prévues par les présentes Conditions générales d'assurance.

42. Le montant de l'indemnité à payer sera égal au montant du dommage réel dans les limites du montant assuré et de la limite de remboursement établie en vertu du Contrat d'assurance de l'Assuré.

43. Si le dommage causé en résultat d'un événement assuré a été compensé par d'autres personnes (y compris en vertu des contrats d'assurance de la vie, de la santé, des biens), le montant de l'indemnité à payer sera égal à la différence entre le montant dû à des tiers en vertu d'un Contrat d'assurance et le montant compensé par d'autres personnes.

44. En ce qui concerne les montants de l'indemnité à payer pour réparer le dommage causé à la vie, à la santé et aux biens d'un tiers, ils seront payés à ce tiers ou à ses héritiers en cas de son décès.

45. Si l'Assuré (le Souscripteur) avec accord écrit de l'Assureur a réglé lui-même les réclamations des tiers, l'indemnité sera payée à l'Assuré (au Souscripteur) sous réserve de fourniture des documents confirmant les dépenses et les frais.

46. En ce qui concerne le paiement de l'indemnité pour diminuer le dommage causé ou les frais de justice, cette indemnité sera payée à l'Assuré dont la responsabilité civile est assurée.

47. La procédure et la forme de paiement d'une indemnité seront définies avec accord mutuel de l'Assureur et du tiers à qui le dommage a été causé.

L'Assuré a le droit d'obtenir l'information de la part de l'Assureur sur la procédure et la forme de paiement de l'indemnité à un tiers.

CHAPITRE VII. PROCÉDURE DE RÈGLEMENT DES LITIGES. RESPONSABILITÉS DES PARTIES

48. Tout désaccord ou différend entre les parties Contractuelles sera réglé selon les modalités prévues par la législation en vigueur de la Fédération de Russie.

48.1. En cas d'un désaccord entre le Souscripteur (le Bénéficiaire d'assurance) et l'Assureur relatif à l'exécution par ce dernier de ses obligations en vertu du Contrat d'assurance, avant d'intenter une action en justice contre l'Assureur, le Souscripteur (le Bénéficiaire d'assurance) enverra une réclamation à l'Assureur en joignant les documents servant de fondement des exigences déclarées.

48.2. À la réclamation il faut joindre les documents dont l'établissement et le contenu sont conformes aux exigences de la législation de la Fédération de Russie prévues par les Règles d'assurance (dispositions du Contrat d'assurance) et confirmant le bien-fondé des exigences du Souscripteur (Bénéficiaire d'assurance).

48.3. La réclamation du Souscripteur (Bénéficiaire d'assurance) avec les documents joints sera déposée ou envoyée à l'adresse de l'Assureur du lieu de réception des demandes du Souscripteur (Bénéficiaire d'assurance) relatives à l'arrivée des événements assurés. La réclamation du Souscripteur (Bénéficiaire d'assurance) avec les documents joints sera examinée par l'Assureur pendant 15 (quinze) jours ouvrables à compter de la date de réception.

48.4. Si, au moment de dépôt de la demande auprès de l'Assureur pour régler le désaccord par voie non judiciaire, le désaccord apparu est soumis à l'examen du commissaire aux droits des consommateurs de services financiers en conformité avec la Loi fédérale « Sur le commissaire aux droits des consommateurs de services financiers », le Souscripteur (Bénéficiaire d'assurance) doit envoyer à l'Assureur par écrit ou par voie électronique sa réclamation avec les documents joints servant de fondement de son exigence, avant de déposer une demande auprès du commissaire.

48.5. L'Assureur s'engage à examiner la demande du Souscripteur (Bénéficiaire d'assurance) et lui envoyer sa réponse motivée sur la satisfaction, la satisfaction partielle ou le refus de satisfaire la demande déposée :

- pendant 15 (quinze) jours ouvrables à compter de la date de réception de la réclamation, si elle a été envoyée par voie électronique et selon la forme standard approuvée par le Conseil du Service du commissaire financier, et si 180 (cent quarante-huit) jours au maximum ont passé dès la date de violation - objet du désaccord ;

- pendant 30 (trente) jours ouvrables à compter de la date de réception de la réclamation dans les autres cas. Dans les cas prévus par la Loi « Sur le commissaire aux droits des consommateurs de services financiers », le

Souscripteur (Bénéficiaire d'assurance) n'a le droit d'intenter une action en justice contre l'Assureur qu'après la réception de la décision du commissaire financier relative à sa demande.

48.6. Les Annexes aux présentes Conditions générales d'assurance font partie intégrante des présentes Conditions générales :

Annexe N° 1 – Description des programmes d'assurance pour le risque « Dépenses médicales et d'autres dépenses en cas d'urgence ».

Annexe N° 2 – « Tableau des montants des indemnités à payer pour le risque « Accident ».