

ПРАВИЛА

КОМБИНИРОВАННОГО ЛИЧНОГО СТРАХОВАНИЯ

№ 88.2

ОГЛАВЛЕНИЕ

1	ОСНОВНЫЕ ТЕРМИНЫ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ	3
2	ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ	9
3	ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ	10
4	СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ	10
5	СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ). ФРАНШИЗА	17
6	СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. СРОК СТРАХОВАНИЯ	20
7	ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	20
8	ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	30
9	СРОКИ И ПОРЯДОК ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ ОБ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ. ПОРЯДОК РАСЧЕТА РАЗМЕРА СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ	34
10	ПОРЯДОК РЕШЕНИЯ СПОРОВ	43

1/ ОСНОВНЫЕ ТЕРМИНЫ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. Для целей настоящих Правил комбинированного личного страхования № 88.2 (далее по тексту – Правила, Правила страхования) перечисленные ниже термины, понятия и определения будут иметь следующие значения:

Страховщик – Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Сбербанк страхования» (ООО СК «Сбербанк страхования»), юридическое лицо, созданное и действующее в соответствии с законодательством Российской Федерации (далее – законодательство РФ) на основании полученной в установленном порядке лицензии.

Страхователь – юридическое лицо любых организационно-правовых форм, предусмотренных гражданским законодательством РФ, дееспособное физическое лицо, индивидуальный предприниматель, иностранная структура без образования юридического лица, заключившее Договор страхования со Страховщиком на основании настоящих Правил.

Страхователи – физические лица вправе заключать Договоры страхования как своих имущественных интересов, связанных с жизнью и здоровьем, так и Договоры страхования имущественных интересов третьих лиц (Застрахованных лиц).

Страхователи – юридические лица заключают со Страховщиком Договоры страхования третьих лиц (Застрахованных лиц).

Договор страхования (Страховой полис) – письменное соглашение между Страховщиком и Страхователем (далее совместно именуемые Стороны), по которому Страховщик обязуется произвести страховую выплату при наступлении страхового случая, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию.

Застрахованное лицо (также – Застрахованный) – физическое лицо, определенное в Договоре страхования и на которое распространяется страхование по заключенному в соответствии с настоящими Правилами Договору страхования.

Выгодоприобретатель (-и) – Застрахованное лицо или иное лицо, имеющее право на получение страховой выплаты.

Законный представитель (родители, усыновители, опекуны, попечители) – гражданин, который в силу закона выступает во всех учреждениях, в т. ч. судебных, в защиту личных и имущественных прав и законных интересов недееспособных, ограничено дееспособных либо дееспособных, но в силу своего физического состояния не могущих лично осуществлять свои права и выполнять свои обязанности.

Срок страхования (период ответственности Страховщика) – период времени, определенный Договором страхования, в течение которого при наступлении страховых случаев у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховых выплат в соответствии с настоящими Правилами и Договором страхования.

Страховая сумма – денежная сумма, определенная Договором страхования, исходя из которой определяется размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Страховая премия – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования и настоящими Правилами.

Страховые взносы – периодические платежи страховой премии, если страховая премия уплачивается в рассрочку.

Лимит страхового возмещения (лимит ответственности Страховщика) – максимальный размер страховой выплаты по Программе страхования / страховому (-ым) случаю (-ям) либо по иным основаниям, установленным настоящими Правилами, Программой страхования и/или Договором страхования. Договором страхования могут быть установлены лимиты страхового возмещения Страховщика по отдельным заболеваниям (состояниям) или их различным комбинациям. Лимиты ответственности могут быть установлены в денежном выражении или в натуральном выражении (т. е. в отношении количества и кратности оказания медицинских услуг – процедур, койко-дней и т. п.).

Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

Франшиза – часть убытков, которая определяется Договором страхования, не подлежащая возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, в пользу которого заключен Договор страхования,

в соответствии с условиями Договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

Период охлаждения – период времени, в течение которого Страхователь – физическое лицо вправе отказаться от Договора страхования на условиях, изложенных в п. 7.28.4 настоящих Правил. По настоящим Правилам период охлаждения установлен продолжительностью 14 (четырнадцать) календарных дней со дня заключения Договора страхования.

Страховая выплата (страховое возмещение) – денежная сумма, которая определена в порядке, установленном Договором страхования, и выплачивается Выгодоприобретателю при наступлении страхового случая. В соответствии с условиями Договора страхования и/или Программой страхования, являющейся Приложением к Договору страхования, Страховщик в счет страховой выплаты (страховой суммы) вправе организовать оказание медицинских услуг и иных услуг Застрахованному лицу и оплатить медицинские услуги и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу.

Программа добровольного медицинского страхования (далее – Программа страхования) – перечень медицинских и иных услуг, которые будут оплачены Страховщиком при наступлении страхового случая, а также Медицинские организации, Сервисные компании и иные учреждения, в которых Застрахованное лицо может получить медицинские и иные услуги, а также содержащая перечень лимитов страхового возмещения на оказание соответствующих медицинских и иных услуг. Программа страхования также содержит порядок получения медицинских и иных услуг. Программа страхования разрабатывается под условия конкретного Договора страхования и может иметь оригинальное название. Условиями Договора страхования может быть предусмотрено применение нескольких Программ страхования. Программы страхования включаются в Договор страхования и являются его неотъемлемой частью. Программой страхования, указанной в Договоре страхования и являющейся его неотъемлемой частью, могут быть предусмотрены дополнительные определения, не указанные в настоящем разделе Правил страхования, или приведено толкование определений, отличное от указанного в настоящем разделе Правил страхования. В случае расхождений между положениями Правил страхования и Программы страхования, указанной в Договоре страхования и являющейся его неотъемлемой частью, положения, содержащиеся в такой Программе страхования, имеет приоритетную силу.

Медицинская организация – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, а также иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность. К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

Сервисная компания – специализированная компания, предусмотренная Программой страхования и/или Договором страхования, с которой у Страховщика имеются договорные отношения и которая по поручению Страховщика обеспечивает организацию оказания медицинской помощи и иных услуг, предусмотренных Программой страхования и/или Договором страхования. Страховщик самостоятельно определяет Сервисную компанию и вправе ее заменить без согласования со Страхователем или самостоятельно выполнять данную функцию.

Медицинские услуги – мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение.

Иные услуги – услуги, не входящие в состав медицинской услуги, связанные с организацией оказания и оказанием медицинских услуг, в частности услуги по транспортировке, в том числе по организации проезда в медицинскую организацию и обратно, услуги по оформлению и предоставлению медицинской документации, переводческие услуги в период оказания медицинских услуг, информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинских услуг, услуги по организации и предоставлению питания и проживания (нахождение). Конкретный объем (перечень (виды)) иных услуг, организуемых и оказываемых по Договору страхования, указывается в Программе страхования, прилагаемой к Договору страхования.

Врач – не связанный родственными, служебными либо иными сопряженными с зависимостью отношениями с Застрахованным лицом либо Выгодоприобретателем, специалист с законченным и должным образом зарегистрированным высшим медицинским образованием, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения

за ним и его лечения, имеющий право на оформление медицинских документов, являющихся одним из оснований для принятия решения Страховщиком о страховой выплате.

Критическое заболевание – заболевание, впервые диагностированное Застрахованному лицу в течение срока страхования, предусмотренное Таблицами размеров страховых выплат по критическим заболеваниям, являющимися Приложениями № 2–6 к настоящим Правилам и/или Договору страхования. При этом по смыслу настоящего определения не является впервые диагностированным заболевание, выявленное в течение срока страхования, которое уже было диагностировано или признаки, проявления и симптомы которого присутствовали до заключения Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.

Период выживания – период времени, который устанавливается в Договоре страхования, начинающийся с даты диагностирования заболевания, предусмотренного страховым случаем «**Критические заболевания**» (п. 4.3.42 настоящих Правил). Если Застрахованное лицо умирает в течение этого периода, то выплата по данному страховому случаю не производится.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, Период выживания по страховому случаю «**Критические заболевания**» (п. 4.3.42 настоящих Правил) составляет 30 (тридцать) календарных дней с даты диагностирования Застрахованному лицу критического заболевания.

Период ожидания – период времени, который устанавливается в Договоре страхования по страховым случаям «**Критические заболевания**» и «**Лечение особо опасных заболеваний**» (п. 4.3.42 и п. 4.6.1 настоящих Правил), начинающийся с даты вступления Договора страхования в силу или с другой даты, указанной в Договоре страхования, в течение которого Страховщик не несет ответственности по этим страховым случаям, произошедшим с Застрахованным лицом.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, Период ожидания по страховому случаю «**Критические заболевания**» (п. 4.3.42 настоящих Правил) составляет 90 (девяносто) календарных дней с даты вступления Договора страхования в силу.

При осуществлении страхования по страховому случаю «**Лечение особо опасных заболеваний**» (п. 4.6.1 настоящих Правил) Период ожидания указывается в Договоре страхования и/или в Программе страхования, указанной в Договоре страхования, и может устанавливаться как для всех, так и для отдельных заболеваний (состояний). Если Период ожидания в Договоре страхования и/или в Программе страхования, являющейся Приложением к Договору страхования, не предусмотрен, то Период ожидания по такому Договору страхования не установлен.

Несчастный случай – фактически произошедшее в течение срока страхования внезапное, одномоментное, непредвиденное и не зависящее от воли Застрахованного лица травмирующее воздействие (механическое, термическое, электрическое, химическое) на организм Застрахованного лица, не являющееся следствием заболевания или врачебных манипуляций (за исключением неправильных медицинских манипуляций), характер, время и место которого могут быть однозначно определены. К неправильным медицинским манипуляциям в рамках настоящих Правил относятся медицинские манипуляции, при которых медицинскими работниками допущены установленные компетентными органами отступления от принятой медицинской наукой техники их проведения, приведшие к следующим негативным последствиям для здоровья Застрахованного лица: ушибу головного, спинного мозга, внутренних органов, перелому, вывиху костей, ранению, разрыву, ожогу, отморожению, поражению электричеством, сдавлению, полной или частичной потере органа, что в обязательном порядке подтверждается медицинскими документами. К несчастным случаям не относятся, в частности, любые заболевания (например, инфаркт, инсульт (инфаркт мозга), нарушения ритма сердца, ишемии органов с последующим некрозом, тромбоэмболии, разрыв аневризмы, вследствие болезненно измененных сосудов, инфекционные заболевания и т. д.).

Несчастный случай на производстве – фактически произошедшее в течение срока страхования внезапное, одномоментное, непредвиденное и не зависящее от воли Застрахованного лица травмирующее воздействие (механическое, термическое, электрическое, химическое) на организм Застрахованного лица, не являющееся следствием заболевания, квалифицированное и зафиксированное в качестве несчастного случая на производстве в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ. К несчастным случаям на производстве не относятся, в частности, любые заболевания (например, инфаркт, инсульт (инфаркт мозга)), нарушения ритма сердца, ишемии органов с последующим некрозом, тромбоэмболии, разрыв аневризмы, вследствие болезненно измененных сосудов, инфекционные заболевания и т. д.).

Болезнь (заболевание) – любое нарушение здоровья Застрахованного лица, не вызванное несчастным случаем. При этом в целях настоящих Правил не считается болезнью (заболеванием) нарушение здоровья, которое уже было диагностировано или признаки, проявления и симптомы которого присутствовали до заключения Договора страхования, за исключением тех болезней (заболеваний) о наличии которых Страховщик был письменно уведомлен Страхователем / Застрахованным лицом до даты заключения Договора страхования (или Дополнительного соглашения), если иное не предусмотрено Договором страхования и/или соответствующей Программой страхования, являющейся Приложением к Договору страхования.

Таблица размеров страховых выплат – документ, на основании которого Страховщиком определяется размер страховой выплаты при наступлении страхового случая (Приложения № 1–17 к настоящим Правилам).

Смерть – прекращение физиологических функций организма, поддерживающих его жизнедеятельность.

Травма (телесное повреждение) – нарушение анатомической целостности или физиологических функций органов и тканей организма Застрахованного лица (повреждение организма), наступившее вследствие несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования и предусмотренное Таблицами размеров страховых выплат в случае травмы Застрахованного лица.

Профессиональная трудоспособность – способность человека к выполнению работы определенной квалификации, объема и качества. Утрата профессиональной трудоспособности определяется через установление Застрахованному лицу в порядке, предусмотренном действующим законодательством, степени утраты профессиональной трудоспособности. Степень утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в процентах, исходя из способности пострадавшего к осуществлению профессиональной деятельности вследствие несчастного случая или профессионального заболевания, в соответствии с критериями определения степени утраты профессиональной трудоспособности, утверждаемыми федеральным органом исполнительной власти Российской Федерации, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения, социального развития и труда.

Профессиональное заболевание – заболевание Застрахованного лица, являющееся результатом воздействия на него вредного (-ых) производственного (-ых) фактора (-ов) и повлекшее временную или стойкую утрату им профессиональной трудоспособности, впервые диагностированное Застрахованному лицу в течение срока страхования или (если это прямо предусмотрено Договором страхования) диагностированное Застрахованному лицу до заключения Договора страхования при условии, что Страховщик был уведомлен о наличии у Застрахованного лица такого заболевания при заключении Договора страхования.

Временная утрата трудоспособности – временное нарушение здоровья Застрахованного лица, повлекшее временную утрату Застрахованным лицом способности осуществлять трудовую или иную деятельность и сопровождающееся оказанием ему медицинской помощи на срок, необходимый для восстановления здоровья.

Временное расстройство здоровья – временное нарушение здоровья Застрахованного лица в возрасте до 18 (восемнадцати) лет или неработающего лица, приведшее к необходимости проведения лечения на срок, необходимый для восстановления здоровья.

Постоянная утрата трудоспособности – утрата способности Застрахованного лица к труду с установлением Застрахованному лицу I группы инвалидности.

Инвалидность – состояние здоровья Застрахованного, которое обусловило решение бюро медико-социальной экспертизы об установлении I, II или III группы инвалидности или установление категории «ребенок-инвалид».

Группа инвалидности – инвалидность определенной группы (I, II или III) или категория «ребенок-инвалид», установленная органом МСЭ в зависимости от выраженности нарушения функций органов и систем организма Застрахованного лица, возраста, а также степени ограничения жизнедеятельности.

Ребенок-инвалид – лицо в возрасте до 17 (семнадцати) лет включительно со стойким расстройством функций организма, спровоцированным последствиями травм, заболеваниями или врожденными дефектами, приводящими к ограничению жизнедеятельности.

Первичное установление инвалидности – установление категории или группы инвалидности лицу, не являвшемуся ранее инвалидом.

Госпитализация – нахождение Застрахованного лица на круглосуточном стационарном лечении (за исключением дневного стационара) в медицинском учреждении в результате несчастного случая, наступившего с Застрахованным лицом в течение срока страхования, и/или заболевания, развившегося и диагностированного у него в течение срока страхования.

Если иное не предусмотрено Договором страхования и/или соответствующей Программой страхования, являющейся Приложением к Договору страхования, госпитализацией не признается: помещение Застрахованного лица в стационар только для проведения медицинского обследования; нахождение Застрахованного лица в клинике или санатории для прохождения им восстановительного, санаторно-курортного курса лечения; задержание Застрахованного лица в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей, а также помещение Застрахованного лица в дневной стационар амбулаторно-поликлинического или стационарного медицинского учреждения.

Экстренная госпитализация – госпитализация Застрахованного лица, которое по медицинским показаниям нуждается в оказании экстренной медицинской помощи в условиях стационара медицинской организации, при внезапных острых заболеваниях/состояниях (в т. ч. наступивших в результате несчастного случая) / обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни Застрахованного лица, продолжительность которой составляет не менее 24 (двадцати четырех) часов в одной медицинской организации.

Хирургическая операция (операция, хирургическое вмешательство, оперативное вмешательство, оперативное лечение) – комплекс физических воздействий на ткани и органы Застрахованного лица с инструментальным повреждением целостности кожных покровов и/или слизистой оболочки, производимых квалифицированным врачом в целях удаления, изменения или коррекции патологического процесса в организме, возникшего по причине произошедших с Застрахованным лицом в течение срока страхования несчастного случая или болезни. Перечень хирургических операций предусмотрен Приложением № 17 к настоящим Правилам или может быть определен Договором страхования.

Ожог – повреждение тканей организма Застрахованного лица, произошедшее в течение срока страхования, под действием высоких температур, электрического тока, ионизирующего вещества или определенных химических веществ, которое предусмотрено Таблицей размеров страховых выплат, являющейся Приложением № 1 к настоящим Правилам и/или Договору страхования.

Перелом – любое официально установленное (подтвержденное медицинским учреждением) травматическое нарушение целостности кости (-ей), полученное в результате несчастного случая, которое предусмотрено Таблицей размеров страховых выплат, являющейся Приложением № 7 к настоящим Правилам и/или Договору страхования.

Инфицирование вследствие переливания крови – заражение Застрахованного лица, явившееся прямым следствием переливания крови, произведенным по медицинским показаниям, произошедшее в течение срока страхования, при условии что учреждение, в котором было произведено переливание крови, признает свою ответственность по факту заражения Застрахованного лица (если иное не предусмотрено в Договоре страхования).

Инфицирование вследствие профессиональной (медицинской) деятельности – заражение Застрахованного лица, явившееся следствием случайного непреднамеренного происшествия, имевшего место в процессе выполнения стандартных профессиональных (или медицинских) обязанностей, произошедшее в течение срока страхования.

Дорожно-транспортное происшествие (далее – ДТП) – фактически произошедшее в течение срока страхования событие, возникшее в процессе движения по дороге транспортного средства и с его участием, в результате которого причинен вред жизни или здоровью Застрахованного лица.

Железнодорожная катастрофа – фактически произошедшее в течение срока страхования событие, возникшее при движении (включая маневровые работы) железнодорожного подвижного состава и с его участием, повлекшее за собой причинение вреда жизни или здоровью Застрахованного лица.

Авиакатастрофа – фактически произошедшие в течение срока страхования катастрофа или авария воздушного судна, допущенного к эксплуатации в соответствии с установленными правилами перевозки пассажиров, совершавшего регулярный авиарейс (или чартерный авиарейс, или авиарейс на коммерческом невоенном воздушном судне, исключая рейсы, занесенные в международные списки небезопасных для жизни авиакомпаний), выполняемый организацией (авиакомпанией), обладающей соответствующей

щей лицензией, приведшие к гибели или ранению Застрахованных лиц, как являющихся пассажирами или членами экипажа воздушного судна, так и оказавшихся на месте катастрофы или аварии.

Профессиональный пилот – лицо, допущенное к управлению воздушным судном в порядке, установленном законодательством РФ или иным применимым законодательством другого государства.

Кораблекрушение – фактически произошедший в течение срока страхования аварийный случай с водным судном, возникший в результате его полного или частичного затопления, повреждения или нарушения плавучести водного судна, повлекший за собой причинение вреда жизни или здоровью Застрахованного лица. При этом под водным судном по настоящим Правилам страхования понимается самоходное или несамоходное плавучее сооружение, используемое в целях судоходства, в том числе судно смешанного (река – море) плавания, паром, дноуглубительный и дноочистительный снаряды, плавучий кран и другие технические сооружения подобного рода, подлежащее обязательной регистрации в реестре судов в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

Преступные действия (бездействие) третьих лиц – фактически произошедшее в течение срока страхования общественно опасное деяние, виновно совершенное третьим лицом в отношении Застрахованного лица, запрещенное уголовным законодательством РФ или иным применимым законодательством другого государства, квалифицированное уполномоченным органом в качестве преступления, в результате которого причинен вред жизни и/или здоровью Застрахованного лица.

По соглашению Сторон в Договоре страхования может быть предусмотрен закрытый перечень событий, являющихся преступными действиями третьих лиц, квалифицируемыми определенными статьями Уголовного кодекса Российской Федерации или иным применимым законодательством другого государства.

Профессиональный спорт – часть спорта, направленная на организацию и проведение спортивных соревнований, участие в которых направлено на получение дохода.

Террористический акт – совершение взрыва, поджога или иных действий, устрашающих население и создающих опасность гибели человека, причинения значительного имущественного ущерба либо наступления иных тяжких последствий, в целях дестабилизации деятельности органов власти или международных организаций либо воздействия на принятие ими решений, квалифицируемых компетентными органами как террористический акт в соответствии с применимым законодательством, фактически произошедших в течение срока страхования.

Чрезвычайная ситуация – обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, фактически произошедших в течение срока страхования, которые могут повлечь или повлекли за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей. Режим чрезвычайной ситуации вводится соответствующими органами власти, в зависимости от масштаба ситуации.

Территория страхования – территория, указанная в Договоре страхования и/или соответствующей Программе страхования, являющейся Приложением к Договору страхования, на которую распространяется страхование по Договору страхования.

Территория лечения – территория, указанная в Договоре страхования и/или соответствующей Программе страхования, являющейся Приложением к Договору страхования, на которой происходит оказание медицинских и иных услуг.

Личный кабинет – персональный раздел Страхователя / Застрахованного лица на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее – сеть «Интернет»), сформированный Страхователем / Застрахованным лицом либо Страховщиком по поручению или с согласия Страхователя / Застрахованного лица, который может быть использован для создания и обмена информацией в электронной форме для заключения, исполнения, изменения, досрочного прекращения Договора страхования, а также в иных целях, не противоречащих настоящим Правилам и действующему законодательству РФ.

Иностранная структура без образования юридического лица – организационная форма, созданная в соответствии с законодательством иностранного государства (территории) без образования юридического лица (в частности, фонд, партнерство, товарищество, траст, иная форма осуществления коллективных инвестиций и/или доверительного управления), которая в соответствии со своим личным законом вправе осуществлять деятельность, направленную на извлечение дохода (прибыли) в интересах своих участников (пайщиков, доверителей или иных лиц) либо иных выгодоприобретателей.

1.2. Если значение какого-либо термина или понятия не оговорено настоящими Правилами, то термины и понятия применяются в том значении, в каком они используются в соответствующих областях права. Если значение какого-либо термина или понятия не оговорено настоящими Правилами и не может быть определено исходя из законодательных и нормативных правовых актов, то такое понятие используется в своем обычном лексическом значении.

2/ ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Настоящие Правила разработаны с учетом положений действующего законодательства РФ, Закона Российской Федерации № 4015-1 от 27.11.1992 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», а также других нормативных правовых документов.

2.2. Настоящие Правила определяют общий порядок и условия заключения, исполнения и прекращения Договоров страхования, заключенных Страхователями на условиях настоящих Правил.

2.3. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст Договора страхования, обязательны для Страхователя, если в Договоре страхования прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с Договором страхования или на его оборотной стороне, либо приложены к нему, либо в Договоре страхования содержится ссылка на настоящие Правила, размещенные Страховщиком на своем официальном сайте в сети «Интернет».

При заключении Договора страхования Стороны могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил или о дополнении настоящих Правил (согласно п. 3 ст. 943 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее также – ГК РФ)). При изменении/исключении отдельных положений, которые содержатся в Приложениях к настоящим Правилам, такие Приложения применяются в измененном виде. Если Приложение к настоящим Правилам не применяется при осуществлении страхования по конкретному Договору страхования, то оно может не вручаться Страхователю.

Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных Договоров страхования, заключаемым на основе настоящих Правил, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству РФ.

Страховщик вправе на основании настоящих Правил заключать коллективные Договоры страхования с использованием отдельных условий, закрепленных в настоящих Правилах страхования, и/или комбинируя их.

2.4. Субъектами страхования являются Страховщик и лица, указанные в Договоре страхования в качестве Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя.

Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо, если иное не предусмотрено Договором страхования. Если в Договоре страхования не будет назначен Выгодоприобретатель, то в случае смерти Застрахованного лица Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица согласно законодательству РФ. Страхователь с письменного согласия Застрахованного лица вправе назначить любое лицо в качестве получателя страховой выплаты – Выгодоприобретателя – и впоследствии заменять его другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика. Замена Выгодоприобретателя по Договору страхования, назначенного с согласия Застрахованного лица, допускается лишь с согласия последнего. Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после того, как он выполнил какую-либо из обязанностей по Договору страхования или предъявил Страховщику требование о страховой выплате. Заключение Договора страхования в пользу Выгодоприобретателя, в том числе и тогда, когда им является Застрахованное лицо, не освобождает Страхователя от выполнения обязанностей по этому Договору страхования, если только Договором не предусмотрено иное либо обязанности Страхователя выполнены лицом, в пользу которого заключен Договор страхования.

Страховщик вправе требовать от Выгодоприобретателя, в том числе и тогда, когда Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо, выполнения обязанностей по Договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но невыполненные им, при предъявлении Выгодоприобретателем требования о страховой выплате. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несет Выгодоприобретатель.

3/ ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектами страхования являются:

3.1.1. имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованных лиц, а также с их смертью в результате несчастного случая или болезни (также по тексту Правил страхования – **страхование от несчастных случаев и/или болезней**);

3.1.2. имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и/или устраняющих их (также по тексту Правил страхования – **медицинское страхование**).

3.2. В Договоре страхования может быть предусмотрена комбинация объектов страхования, относящихся к страхованию от несчастных случаев и/или болезней и к медицинскому страхованию (комбинированное страхование).

4/ СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

4.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого осуществляется страхование.

4.2. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

4.3. Страховыми рисками / страховыми случаями по **страхованию от несчастных случаев и/или болезней** являются:

4.3.1. смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил страхования (далее – **«Смерть в результате НС»**);

4.3.2. смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – **«Смерть в результате НСИБ»**);

4.3.3. смерть Застрахованного лица в результате ДТП, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – **«Смерть в результате ДТП»**);

4.3.4. смерть Застрахованного лица в результате авиакатастрофы, железнодорожной катастрофы или кораблекрушения, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – **«Смерть в результате авиакатастрофы»**, **«Смерть в результате железнодорожной катастрофы»**, **«Смерть в результате кораблекрушения»**);

4.3.5. смерть Застрахованного лица в результате профессионального заболевания, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – **«Смерть в результате профессионального заболевания»**);

4.3.6. смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая на производстве, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – **«Смерть в результате НС на производстве»**);

4.3.7. смерть Застрахованного лица в результате террористического акта, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – **«Смерть в результате террористического акта»**);

4.3.8. смерть Застрахованного лица в результате чрезвычайной ситуации, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – **«Смерть в результате чрезвычайной ситуации»**);

4.3.9. смерть Застрахованного лица в результате преступных действий третьих лиц, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – **«Смерть в результате преступных действий третьих лиц»**);

4.3.10. смерть Застрахованного лица в результате болезни, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – **«Смерть в результате болезни»**);

4.3.11. постоянная (или частичная) утрата трудоспособности Застрахованным лицом в результате несчастного случая, подтвержденная первичным установлением I, II или III группы инвалидности или установлением категории «ребенок-инвалид», за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – **«Инвалидность в результате НС»**);

4.3.12. постоянная (или частичная) утрата Застрахованным лицом трудоспособности в результате несчастного случая или болезни, подтвержденная первичным установлением I, II или III группы инвалидности

или установлением категории «ребенок-инвалид», за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – «**Инвалидность в результате НСИБ**»);

4.3.13. постоянная (или частичная) утрата трудоспособности Застрахованным лицом в результате несчастного случая, произошедшая по причине дорожно-транспортного происшествия, подтвержденная первичным установлением I, II или III группы инвалидности или установлением категории «ребенок-инвалид», за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – «**Инвалидность в результате ДТП**»);

4.3.14. постоянная (или частичная) утрата трудоспособности Застрахованным лицом в результате несчастного случая по причине авиакатастрофы, железнодорожной катастрофы либо кораблекрушения, подтвержденная первичным установлением I, II или III группы инвалидности или установлением категории «ребенок-инвалид», за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – «**Инвалидность в результате авиакатастрофы**», «**Инвалидность в результате железнодорожной катастрофы**», «**Инвалидность в результате кораблекрушения**»);

4.3.15. постоянная (или частичная) утрата Застрахованным лицом трудоспособности в результате профессионального заболевания, подтвержденная первичным установлением I, II или III группы инвалидности, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – «**Инвалидность в результате профессионального заболевания**»);

4.3.16. постоянная (или частичная) утрата Застрахованным лицом трудоспособности в результате несчастного случая на производстве, подтвержденная первичным установлением I, II или III группы инвалидности, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – «**Инвалидность в результате НС на производстве**»);

4.3.17. постоянная (или частичная) утрата Застрахованным лицом трудоспособности в результате террористического акта, подтвержденная первичным установлением I, II или III группы инвалидности или установлением категории «ребенок-инвалид», за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – «**Инвалидность в результате террористического акта**»);

4.3.18. постоянная (или частичная) утрата Застрахованным лицом трудоспособности в результате чрезвычайной ситуации, подтвержденная первичным установлением I, II или III группы инвалидности или установлением категории «ребенок-инвалид», за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – «**Инвалидность в результате чрезвычайной ситуации**»);

4.3.19. постоянная (или частичная) утрата Застрахованным лицом трудоспособности в результате преступных действий третьих лиц, подтвержденная первичным установлением I, II или III группы инвалидности или установлением категории «ребенок-инвалид», за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – «**Инвалидность в результате преступных действий третьих лиц**»);

4.3.20. постоянная (или частичная) утрата Застрахованным лицом трудоспособности в результате болезни, подтвержденная первичным установлением I, II или III группы инвалидности или установлением категории «ребенок-инвалид», за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – «**Инвалидность в результате болезни**»);

4.3.21. постоянная (или частичная) утрата Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 Правил (далее – «**Постоянная утрата профессиональной трудоспособности в результате НС**»);

4.3.22. постоянная (или частичная) утрата Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая или болезни, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – «**Постоянная утрата профессиональной трудоспособности в результате НСИБ**»);

4.3.23. постоянная (или частичная) утрата Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности в результате профессионального заболевания, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – «**Постоянная утрата профессиональной трудоспособности в результате профессионального заболевания**»);

4.3.24. постоянная (или частичная) утрата Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая на производстве, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 Правил (далее – «**Постоянная утрата профессиональной трудоспособности в результате НС на производстве**»);

4.3.25. тяжкие телесные повреждения Застрахованного лица в результате несчастного случая, предусмотренные Таблицей размеров страховых выплат, являющейся Приложением № 16 к настоящим Правилам

и/или Договору страхования, за исключением случаев, предусмотренных в п. 4.5 настоящих Правил (далее – **«Тяжкие телесные повреждения в результате НС»**);

4.3.26. тяжкие телесные повреждения Застрахованного лица в результате несчастного случая или заболевания, предусмотренные Таблицей размеров страховых выплат, являющейся Приложением № 16 к настоящим Правилам и/или Договору страхования, за исключением случаев, предусмотренных в п. 4.5 настоящих Правил (далее – **«Тяжкие телесные повреждения в результате НСиБ»**);

4.3.27. телесные повреждения (травма) Застрахованного лица в результате несчастного случая, предусмотренные Таблицами размеров страховых выплат, являющимися Приложениями № 8–15 к настоящим Правилам и/или Договору страхования, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – **«Телесные повреждения (травма)»**);

4.3.28. телесные повреждения (травма) Застрахованного лица в результате ДТП, предусмотренные Таблицами размеров страховых выплат, являющимися Приложениями № 8–15 к настоящим Правилам и/или Договору страхования, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – **«Телесные повреждения (травма) в результате ДТП»**);

4.3.29. перелом (переломы) костей, полученные Застрахованным лицом в результате несчастного случая, предусмотренные Таблицей размеров страховых выплат, являющейся Приложением № 7 к настоящим Правилам и/или Договору страхования, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил, а также за исключением повреждения или перелома (-ов) зуба (-ов) (далее – **«Переломы»**);

4.3.30. ожог (ожоги), полученный Застрахованным лицом в результате несчастного случая, предусмотренный Таблицей размеров страховых выплат, являющейся Приложением № 1 к настоящим Правилам и/или Договору страхования, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – **«Ожоги»**);

4.3.31. временная утрата трудоспособности Застрахованным лицом в результате несчастного случая, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – **«Временная нетрудоспособность в результате НС»**);

4.3.32. временная утрата трудоспособности / временное расстройство здоровья Застрахованным лицом в результате несчастного случая или болезни, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – **«Временная нетрудоспособность в результате НСиБ» / «Временное расстройство здоровья в результате НСиБ»**);

4.3.33. временная утрата трудоспособности / временное расстройство здоровья Застрахованным лицом в результате болезни, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – **«Временная нетрудоспособность в результате болезни» / «Временное расстройство здоровья в результате болезни»**);

4.3.34. госпитализация Застрахованного лица в результате несчастного случая, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – **«Госпитализация в результате НС»**);

4.3.35. госпитализация Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – **«Госпитализация в результате НСиБ»**);

4.3.36. госпитализация Застрахованного лица в результате болезни, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – **«Госпитализация в результате болезни»**);

4.3.37. экстренная госпитализация Застрахованного лица в результате несчастного случая, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – **«Экстренная госпитализация в результате НС»**);

4.3.38. экстренная госпитализация Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – **«Экстренная госпитализация в результате НСиБ»**);

4.3.39. хирургическая операция, выполненная Застрахованному лицу в результате несчастного случая, предусмотренная Таблицей размеров страховых выплат, являющейся Приложением № 17 к настоящим Правилам и/или Договору страхования, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – **«Хирургическая операция в результате НС»**);

4.3.40. хирургическая операция, выполненная Застрахованному лицу в результате несчастного случая или болезни, предусмотренная Таблицей размеров страховых выплат, являющейся Приложением № 17 к настоящим Правилам и/или Договору страхования, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – **«Хирургическая операция в результате НСиБ»**);

4.3.41. хирургическая операция, выполненная Застрахованному лицу в результате болезни, предусмотренная Таблицей размеров страховых выплат, являющейся Приложением № 17 к настоящим Правилам и/или Договору страхования, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – **«Хирургическая операция в результате болезни»**);

4.3.42. первичное диагностирование критического заболевания у Застрахованного лица, предусмотренное Таблицами размеров страховых выплат, являющимися Приложениями № 2–6 к настоящим Правилам и/или Договору страхования, не повлекшего наступление смерти Застрахованного лица в течение Периода выживания, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – **«Критические заболевания»**);

4.3.43. первичное диагностирование у Застрахованного лица вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) или синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД), за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – **«Инфицирование ВИЧ или СПИД»**), приобретенных вследствие:

- а) переливания крови,
- б) профессиональной (или медицинской) деятельности;

4.3.44. первичное диагностирование у Застрахованного лица вирусного сывороточного гепатита (гепатита В) или вирусного посттрансфузионного гепатита (гепатита С), за исключением случаев, предусмотренных п. 4.5 настоящих Правил (далее – **«Инфицирование гепатитом В или С»**), приобретенных вследствие:

- а) переливания крови,
- б) профессиональной (или медицинской) деятельности.

4.4. Страховые риски, предусмотренные в п. 4.3 настоящих Правил, могут быть признаны страховыми случаями, если они произошли в течение срока страхования, установленного в Договоре страхования, и подтверждены документами в соответствии с положениями, предусмотренными разделом 9 настоящих Правил.

4.4.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования, страховые риски, указанные в пп. 4.3.1–4.3.24 настоящих Правил и явившиеся следствием произошедшего в течение срока страхования несчастного случая, ДТП, авиакатастрофы или железнодорожной катастрофы, также признаются страховыми случаями, если они наступили в течение 1 (одного) года от даты наступления несчастного случая, ДТП, авиакатастрофы или железнодорожной катастрофы.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, страховые риски, указанные в пп. 4.3.31, 4.3.32, 4.3.34, 4.3.35 настоящих Правил и явившиеся следствием произошедшего в течение срока страхования несчастного случая, ДТП, авиакатастрофы или железнодорожной катастрофы, также признаются страховыми случаями, если они наступили не позже 30 (тридцати) календарных дней от даты наступления несчастного случая, ДТП, авиакатастрофы или железнодорожной катастрофы.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, страховые риски, указанные в пп. 4.3.32, 4.3.33, 4.3.35, 4.3.36 настоящих Правил и явившиеся следствием произошедшего в течение срока страхования заболевания, также признаются страховыми случаями, если они наступили в течение 180 (ста восьмидесяти) дней от даты диагностирования заболевания.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, страховые риски, указанные в пп. 4.3.43, 4.3.44 настоящих Правил и явившиеся следствием произошедших в течение срока страхования заболеваний, также признаются страховыми случаями, если они наступили в течение 180 (ста восьмидесяти) дней от даты переливания крови / инфицирования вследствие профессиональной (или медицинской) деятельности.

4.4.2. По страховым рискам, связанным с установлением инвалидности Застрахованному лицу, Стороны при заключении Договора страхования могут договориться об исключении одной или нескольких групп инвалидности / категории «ребенок-инвалид», при этом соответствующий страховой риск указывается в Договоре страхования без учета таких групп инвалидности / категории «ребенок-инвалид».

4.5. Если иное не предусмотрено Договором страхования, не являются страховыми случаями события, предусмотренные п. 4.3 настоящих Правил, наступившие в результате:

4.5.1. умышленных действий Страхователя (Застрахованного лица), Выгодоприобретателя, или иного лица, заинтересованного в получении страховой выплаты, направленных на наступление страхового случая;

4.5.2. террористических актов (данное исключение не применяется для страховых рисков / страховых случаев, указанных в п. 4.3.7 и п. 4.3.17 настоящих Правил);

4.5.3. совершения Страхователем (Застрахованным лицом), Выгодоприобретателем уголовного преступления, квалифицированного в качестве такового уполномоченным органом применимого государства, а также участия Застрахованного лица в столкновениях иных приравниваемых к ним событиям, в на-

рушениях общественного порядка, а также в подготовке и/или совершении террористического акта, повлекшего за собой наступление страховых случаев;

4.5.4. самоубийства Застрахованного лица (покушения на самоубийство), в том числе вследствие психического или соматического заболевания или расстройства поведения, алкогольной, наркотической зависимости, токсикомании, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до самоубийства преступными действиями третьих лиц (с учетом условия, предусмотренного п. 9.32.1 настоящих Правил);

4.5.5. нахождения Застрахованного лица в момент наступления несчастного случая в состоянии алкогольного опьянения (при концентрации алкоголя в крови Застрахованного лица в количестве 1 (одного) и более промилле, если Договором страхования не предусмотрена иная величина концентрации алкоголя в крови Застрахованного лица), наркотического или токсического опьянения (отравления) в результате употребления им наркотических, сильнодействующих и психотропных веществ без предписания врача (или по предписанию врача, но с нарушением указанной им дозировки) – данное исключение не распространяется на события, произошедшие не по вине Застрахованного лица;

4.5.6. управления Застрахованным лицом транспортным средством без права на управление транспортным средством данной категории и/или в состоянии алкогольного опьянения (при концентрации алкоголя 0,3 (ноль целых три десятых) промилле и более), наркотического или токсического опьянения, а также передачи Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, не имевшему права на управление транспортным средством данной категории и/или находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

4.5.7. занятий Застрахованным лицом любым видом спорта на профессиональном уровне (кроме настольных видов спорта), включая соревнования и тренировки, а также занятий следующими видами спорта/увлечения на любительской основе / на любом уровне: авто-, мотоспорт, любые виды конного спорта, воздушные виды спорта, подводные виды спорта (на глубинах более 40 (сорока) метров), а также занятий Застрахованного лица спелеологией, боевыми единоборствами, альпинизмом, боксом, стрельбой, сафари, паркур, охотой, участия в любых соревнованиях на скорость и в подготовке к ним, за исключением легкой атлетики и плавания;

4.5.8. полета Застрахованного лица на летательном аппарате в качестве пассажира, члена экипажа, тренера, управления им, за исключением полетов в качестве пассажира авиарейса, лицензированного для перевозки пассажиров и управляемого профессиональным пилотом, имеющим соответствующий сертификат;

4.5.9. непосредственного участия в военных маневрах, учениях, испытаниях военной техники или иных подобных операциях в качестве военнослужащего либо гражданского служащего;

4.5.10. психического заболевания и/или расстройства Застрахованного лица и его лечения, паралича, эпилептического припадка, конвульсий, если они не явились следствием несчастного случая либо не вызваны приемом медикаментов по назначению врача с соблюдением предписанной дозировки;

4.5.11. заболевания СПИД (ВИЧ-инфекцией), за исключением случаев, когда заражение ВИЧ-инфекцией произошло путем переливания крови, внутривенных/внутримышечных инъекций или трансплантации органов, а также в случаях, когда ВИЧ-инфицирование произошло вследствие профессиональной (медицинской) деятельности Застрахованного лица;

4.5.12. иных болезней, развившихся и диагностированных у Застрахованного лица до начала срока страхования, за исключением случаев, когда иное прямо предусмотрено Договором страхования и Страховщик был уведомлен о болезни Застрахованного лица до заключения Договора страхования или дополнительного соглашения к Договору страхования;

4.5.13. несчастного случая, произошедшего до начала срока страхования;

4.5.14. любого события с Застрахованным лицом во время его пребывания в местах лишения свободы, исправительных учреждениях и/или местах содержания под стражей;

4.5.15. беременности, родов и/или их осложнений, лечения осложнений при беременности, лечения бесплодия, включая искусственное оплодотворение, искусственного прерывания беременности;

4.5.16. проведения косметической, косметологической или пластической хирургической операции/лечения, если они не являются необходимостью по медицинским показаниям, а также их последствий.

4.6. Страховыми рисками / страховыми случаями по медицинскому страхованию являются:

4.6.1. обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных соответствующей Программой страхования по лечению особо опасных заболеваний, являющейся Приложением к Договору страхования, вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующего организации и оказания таких услуг, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.7, п. 4.8 и п. 4.9 настоящих Правил, Договором страхования и/или Программой страхования (далее – «**Лечение особо опасных заболеваний**»);

4.6.2. обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных соответствующей Программой страхования для получения второго экспертного медицинского мнения, являющейся Приложением к Договору страхования, вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующего организации и оказания таких услуг, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.7, п. 4.8 и п. 4.10 настоящих Правил, Договором страхования и/или Программой страхования (далее – «**Второе экспертное медицинское мнение**»);

4.6.3. обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских и иных услуг, предусмотренных соответствующей Программой страхования по оказанию дистанционной медицинской консультации, являющейся Приложением к Договору страхования, вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующего организации и оказания таких услуг, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.7, п. 4.8 и п. 4.11 настоящих Правил, Договором страхования и/или Программой страхования (далее – «**Дистанционные медицинские консультации**»);

4.6.4. обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских и иных услуг, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и/или устраняющих их, предусмотренных соответствующей Программой страхования, являющейся Приложением к Договору страхования, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.7 настоящих Правил и/или Программой страхования (далее – «**Чек-ап**»).

4.7. Если иное не предусмотрено Договором страхования и/или Программой страхования, не являются страховыми случаями события, указанные в п. 4.6 настоящих Правил, связанные с:

4.7.1. заболеваниями и/или состояниями, не предусмотренными Договором страхования и/или Программой страхования, указанной в Договоре страхования;

4.7.2. заболеваниями и/или состояниями, диагностированными (установленными) Застрахованному лицу до окончания Периода ожидания (если он установлен в Договоре страхования и/или в Программе страхования, указанной в Договоре страхования);

4.7.3. заболеваниями и/или состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), включая мутацию или другие подобные изменения;

4.7.4. расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий Застрахованного лица спортом на профессиональном уровне;

4.7.5. расстройством здоровья Застрахованного лица, наступившим в местах лишения свободы, содержания под стражей;

4.7.6. расстройством здоровья, наступившим в результате профессиональной деятельности Застрахованного лица, непосредственно связанной с химическими веществами и газами (включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины), со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, с микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями;

4.7.7. расстройством здоровья, наступившим во время или в результате управления Застрахованным лицом транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

4.7.8. расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом преступления, а также в результате совершения или подготовки террористического акта;

4.7.9. расстройством здоровья, наступившим в результате умышленного причинения Застрахованным лицом себе телесных повреждений, попытки самоубийства, в том числе вследствие психического или соматического заболевания или расстройства поведения, алкогольной, наркотической зависимости, токсикомании;

- 4.7.10. применением экспериментальных методов лечения, не одобренных Всемирной медицинской ассоциацией (Хельсинкская декларация);
- 4.7.11. злокачественным новообразованием, протекающим на фоне ВИЧ-инфекции или СПИДа (включая саркому Капоши);
- 4.7.12. заболеваниями и/или состояниями, возникшими вследствие службы Застрахованного лица в различных вооруженных силах, в том числе, но не ограничиваясь: службы в армии, полиции, пожарной бригаде, а также в органах системы исполнения наказаний (тюремных службах);
- 4.7.13. несчастными случаями / заболеваниями и/или состояниями, произошедшими/диагностированными/установленными Застрахованному лицу до даты заключения Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования;
- 4.7.14. обращениями в медицинские и иные организации, не предусмотренные Договором страхования и/или Программой страхования, указанной в Договоре страхования, или которые не были определены (согласованы) Страховщиком;
- 4.7.15. синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД), вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ);
- 4.7.16. туберкулезом;
- 4.7.17. заболеваниями, передающимися половым путем;
- 4.7.18. психическими заболеваниями и расстройствами, расстройствами поведения;
- 4.7.19. любыми видами зависимостей, в том числе алкогольной, наркотической, табачной, токсикологической, но не ограничиваясь ими;
- 4.7.20. любыми видами фобий;
- 4.7.21. бесплодием, родами, беременностью, включая прерывание беременности;
- 4.7.22. расстройствами сексуального характера.

4.8. Дополнительно к событиям, перечисленным в п. 4.7 настоящих Правил страхования, не признается страховым случаем обращение Застрахованного лица:

- 4.8.1. за организацией и оказанием медицинских и иных услуг в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;
- 4.8.2. за организацией и оказанием медицинских и иных услуг лица, не являющегося Застрахованным лицом по Договору страхования, в том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом Договора страхования и/или иных документов другому лицу для получения таким лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования и/или Программой страхования, указанной в Договоре страхования;
- 4.8.3. за организацией и оказанием медицинских и иных услуг, не назначенных Застрахованному лицу лечащим врачом либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания (состояния).

4.9. Если иное не предусмотрено Договором страхования и/или Программой страхования, указанной в Договоре страхования, дополнительно к событиям, перечисленным в п. 4.7 и п. 4.8. настоящих Правил страхования, по страховому риску «**Лечение особо опасных заболеваний**» (п. 4.6.1 настоящих Правил страхования) не признается страховым случаем обращение Застрахованного лица за организацией и оказанием медицинских и иных услуг, связанных:

- 4.9.1. с психирургией;
- 4.9.2. с хирургическими операциями по трансплантации органов в случаях:
 - если трансплантация таких органов и/или их долей не предусмотрена Договором страхования и/или Программой страхования, указанной в Договоре страхования;
 - если потребность в трансплантации органов возникла вследствие алкогольной болезни печени, алкогольной кардиомиопатии;
 - если трансплантация органов является аутологической (реципиент трансплантата является донором для самого себя), за исключением трансплантации костного мозга;
 - если при трансплантации органов Застрахованное лицо является донором по отношению к третьему лицу;
 - если трансплантация органов включает в себя лечение стволовыми клетками;
 - если трансплантация является экспериментальным лечением и/или лечением с целью исследования или расследования;

- 4.9.3. со всеми формами лечения поражения сердечных клапанов в результате эндокардита, вызванного венерическим заболеванием;
- 4.9.4. с родовыми травмами и/или врожденными пороками развития;
- 4.9.5. с эстетическими и/или косметическими операциями, включая, но не ограничиваясь операцией по коррекции миопии (близорукости), и бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся ушиванием желудка или кишечника, кроме операции по реконструкции груди после резекции/удаления молочной железы;
- 4.9.6. с раком кожи, за исключением меланомы;
- 4.9.7. с хронической лимфоцитарной лейкемией;
- 4.9.8. с хирургией сердечного клапана: вальвулотомия; вальвулопластика; другие виды лечения, проводимые без пересадки (замены) клапанов;
- 4.9.9. с проездом (включая услуги по организации проезда) Застрахованного лица и/или сопровождающего до места оказания медицинских услуг и обратно, а также проживанием в месте оказания медицинских услуг, кроме случаев, когда предоставление таких услуг прямо предусмотрено Договором страхования и/или Программой страхования, указанной в Договоре страхования.

4.10. Дополнительно к событиям, перечисленным в п. 4.7 и п. 4.8 настоящих Правил страхования, по страховому риску «**Второе экспертное медицинское мнение**» (п. 4.6.2 настоящих Правил страхования) не признается страховым случаем обращение Застрахованного лица за организацией услуг, предусмотренных Договором страхования и/или Программой страхования, указанной в Договоре страхования, если Застрахованному лицу не был установлен диагноз в соответствующей области медицины, по которой он обращается за получением второго экспертного медицинского мнения (т. е. не было вынесено первое медицинское мнение).

4.11. Дополнительно к событиям, перечисленным в п. 4.7 и п. 4.8 настоящих Правил страхования, по страховому риску «**Дистанционные медицинские консультации**» (п. 4.6.3 настоящих Правил страхования) не признается страховым случаем обращение Застрахованного лица:

- 4.11.1. по вопросам, на которые врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Застрахованным лицом дистанционным способом;
- 4.11.2. по вопросам, для которых необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров, анализов и пр.) при ее отсутствии.

4.12. По соглашению Сторон Договором страхования может быть предусмотрен перечень исключений из страхования, отличающийся от указанного в настоящем разделе Правил, и Стороны вправе предусмотреть в Договоре страхования положения, отличные от предусмотренных, и/или сократить данный перечень исключений из страхования, и/или дополнить его иными исключениями из страхования.

4.13. Договор страхования в соответствии с настоящими Правилами может заключаться на случай наступления любых страховых случаев, перечисленных в настоящем разделе Правил, а также может быть применена любая из Таблиц размеров страховых выплат из числа предусмотренных соответствующим страховым случаем (п. 4.3 настоящих Правил).

В конкретном Договоре страхования Страховщик вправе предусмотреть иные (помимо указанных в настоящем разделе Правил) наименования страховых рисков / страховых случаев, на случай наступления которых производится страхование, и конкретизировать описание этих событий (страховых рисков / страховых случаев).

4.14. Территорией страхования в соответствии с настоящими Правилами является весь мир, если иное не предусмотрено Договором страхования и/или соответствующей Программой страхования, являющейся Приложением к Договору страхования.

5/ СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ). ФРАНШИЗА

5.1. Страховая сумма устанавливается в Договоре страхования по соглашению Сторон. Страховая сумма в Договоре страхования может быть установлена:

- по каждому страховому риску;
- в виде единой (общей) суммы по всем страховым рискам, предусмотренным:
 - по страхованию от несчастных случаев и/или болезней,
 - по медицинскому страхованию.

- 5.2.** Страховая сумма по страховым рискам, предусмотренным по страхованию от несчастных случаев и/или болезней, по запросу Страхователя может быть установлена пропорционально заработной плате (годовому доходу).
- 5.3.** Если иное не предусмотрено Договором страхования, при коллективном страховании страховая сумма устанавливается отдельно на каждое Застрахованное лицо.
- 5.4.** Страховые суммы устанавливаются в российских рублях. По соглашению Сторон в Договоре страхования могут быть указаны страховые суммы в иностранной валюте, эквивалентом которых являются соответствующие суммы в рублях (в дальнейшем – страхование в валютном эквиваленте).
- 5.5.** Если иное не предусмотрено Договором страхования, страховая сумма по всем страховым рискам является агрегатной, т. е. уменьшаемой на величину произведенной страховой выплаты.
- 5.6.** Страховая премия уплачивается в размере, в порядке и в сроки, установленные в Договоре страхования.
- 5.7.** Страховщик при определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, применяет разработанные им страховые тарифы, определяющие премию, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом объекта страхования и характера страхового риска.
- 5.8.** Страховщик применяет актуарно (экономически) обоснованные страховые тарифы, которые рассчитываются в соответствии с методикой расчета страховых тарифов. Страховой тариф устанавливается на основании базовых тарифных ставок. При этом, в зависимости от факторов, влияющих на вероятность наступления страхового случая, и иных факторов, имеющих существенное значение для определения степени риска, Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам поправочные (повышающие или понижающие) коэффициенты.
- 5.9.** При заключении коллективного Договора страхования страховые тарифы могут быть индивидуальными по каждому Застрахованному лицу или может быть применен единый страховой тариф для всех Застрахованных лиц, рассчитанный с учетом единых признаков, характеризующих степень риска наступления страховых случаев с определенным контингентом Застрахованных лиц.
- 5.10.** Размер страховой премии за полные годы страхования определяется как произведение страховой суммы, страхового тарифа и количества лет страхования. Если иное не установлено Договором страхования, при страховании на срок менее одного года страховая премия определяется в проценте от годового размера страховой премии согласно таблице.

Срок действия Договора страхования в месяцах											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Процент от общего годового размера премии											
20	30	38	46	54	62	70	78	85	90	95	100

Размер страховой премии за год (годы) и несколько месяцев страхования определяется как сумма страховой премии за год (полные годы) страхования и страховой премии за соответствующее количество месяцев неполного года страхования, рассчитанной в соответствии с представленной в настоящем пункте таблице.

5.11. Страховая премия по Договору страхования может уплачиваться единовременно или в рассрочку, безналичным путем или наличными деньгами. Порядок, сроки и форма уплаты страховой премии определяются Сторонами в Договоре страхования.

5.12. В случае неуплаты Страхователем страховой премии либо первого страхового взноса в срок или уплаты не в полном объеме такой Договор страхования считается не вступившим в силу, и обязательств по нему у Страховщика не возникает. Денежные средства, уплаченные в размере меньшем, чем установлено Договором страхования для уплаты страховой премии либо первого страхового взноса, а также уплаченные после даты, установленной в качестве даты уплаты (очередного) страхового взноса, считаются ошибочно уплаченными и подлежат возврату лицу, уплатившему их. Возврат ошибочно уплаченных денежных средств осуществляется по письменному заявлению Страхователя в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения Страховщиком заявления Страхователя.

5.13. В случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса по вступившему в силу Договору страхования, или страховой премии за очередной период страхования по вступившему в силу Договору страхования в предусмотренный Договором страхования срок, или уплаты ее в меньшей, чем предусмотрено Договором страхования сумме, в рамках настоящих Правил страхования Страхователь и Страховщик соглашаются и при-

знают, что такая неуплата (уплата в меньшем, чем предусмотрено Договором страхования размере) является выражением воли (волеизъявлением) Страхователя на односторонний отказ от Договора страхования (прекращение Договора страхования) с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в Договоре страхования как дата уплаты страховой премии (соответствующего страхового взноса). При этом:

– в случае отсутствия уплаты очередного взноса в полном объеме в установленный Договором страхования срок действие Договора страхования прекращается в 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, указанным в Договоре страхования как дата уплаты страховой премии (соответствующего страхового взноса). При этом Страховщик информирует Страхователя о досрочном прекращении действия Договора страхования;

– информирование Страхователя (физического лица) Страховщиком осуществляется путем направления СМС-сообщения по номеру телефона или письма по адресу электронной почты Страхователя, если он предоставил их при заключении Договора страхования, либо путем направления уведомления посредством направления сообщения в Личный кабинет (при наличии возможности) или иным способом коммуникации, согласованным при заключении Договора страхования.

Денежные средства, уплаченные в размере меньшем, чем установлено Договором страхования для уплаты (очередного) страхового взноса, а также уплаченные после даты, установленной в качестве даты уплаты (очередного) страхового взноса, считаются ошибочно уплаченными и подлежат возврату лицу, уплатившему их. Возврат ошибочно уплаченных денежных средств осуществляется по письменному заявлению Страхователя в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения Страховщиком заявления Страхователя.

В Договоре страхования может предусматриваться льготный период для уплаты страховой премии (страхового взноса) – период времени после истечения срока, установленного для уплаты страховой премии (страхового взноса), в течение которого просроченная страховая премия (страховой взнос) может быть внесена без применения последствий неуплаты страховой премии (страхового взноса).

5.14. Страховая премия уплачивается Страхователем в российских рублях. При страховании в валютном эквиваленте страховая премия уплачивается в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для иностранной валюты, в эквиваленте которой заключен Договор страхования, на дату уплаты страховой премии (страхового взноса), если иной курс и/или иная дата его определения не установлены в Договоре страхования.

5.15. Если иное не предусмотрено Договором страхования, датой уплаты страховой премии (страхового взноса) является:

5.15.1. при безналичной уплате юридическими лицами – дата поступления страховой премии (страхового взноса) на расчетный счет Страховщика (представителя Страховщика);

5.15.2. при безналичной уплате физическими лицами – дата подтверждения кредитной организацией, обслуживающей Страхователя (Застрахованное лицо), исполнения его распоряжения о переводе суммы страховой премии (страхового взноса) на расчетный счет Страховщика (представителя Страховщика);

5.15.3. при уплате наличными деньгами – дата поступления страховой премии (страхового взноса) в кассу Страховщика (представителя Страховщика).

5.16. Страховщик оставляет за собой право уведомлять Страхователя о необходимости произвести уплату очередного (-ых) страхового (-ых) взноса (-ов) и/или о факте неуплаты страховой премии (очередного страхового взноса), прекращения Договора страхования. При этом уведомление посредством СМС-сообщений на номер мобильного телефона или адрес электронной почты, указанные при заключении Договора страхования, или в Личный кабинет рассматривается Сторонами как надлежащее уведомление и считается сделанным в письменной форме.

5.17. Договором страхования может быть предусмотрена франшиза. Франшиза может быть условная и безусловная. При условной франшизе Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью, если размер убытка превышает размер условной франшизы. При безусловной франшизе размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка, подлежащего выплате, и размером франшизы. Если Договором страхования установлена франшиза, но ее вид в Договоре страхования не указан, то франшиза считается безусловной.

5.18. В Договоре страхования может быть установлена временная франшиза (период времени с момента вступления Договора страхования в силу и до момента начала действия страхования, в течение которого Страховщик не несет ответственности за страховые случаи, происходящие с Застрахованным лицом). При этом обязательства Страховщика по Договору страхования возникают по окончании временной франшизы. Вре-

менная франшиза может быть установлена как по Договору страхования в целом, так и по отдельным страховым случаям.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, по следующим страховым случаям устанавливаются временные франшизы:

- по страховому случаю **«Госпитализация в результате НСИБ»** в части болезни Застрахованного лица – 60 (шестьдесят) дней с даты начала срока страхования. При этом в случае экстренной госпитализации временная франшиза не устанавливается;
- по страховому случаю **«Хирургическая операция в результате НСИБ»** в части болезни Застрахованного лица – 90 (девяносто) дней с даты начала срока страхования.

6/ СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. СРОК СТРАХОВАНИЯ

6.1. Срок действия Договора страхования устанавливается по соглашению Сторон. Срок действия Договора страхования и/или порядок его определения указывается в Договоре страхования.

6.2. Если Договором страхования не предусмотрено иное, даты начала и окончания срока страхования совпадают с датами начала (вступления в силу) и окончания срока действия Договора страхования соответственно.

6.3. Договором страхования могут быть определены разные сроки страхования для каждого или отдельных страховых случаев, предусмотренных Договором страхования.

6.4. Если иное не предусмотрено Договором страхования, срок страхования исчисляется с 00 часов 00 минут дня, определяющего его начало, до 23 часов 59 минут дня, определяющего его прекращение.

6.5. При страховании от несчастных случаев и/или болезней устанавливается период действия страхования – период времени, который составляет 24 (двадцать четыре) часа в сутки, в течение срока страхования, если в конкретном Договоре страхования не определен иной период времени, а именно:

6.5.1. на время исполнения Застрахованным лицом служебных обязанностей по трудовому договору (контракту, гражданско-правовому договору);

6.5.2. при исполнении Застрахованным лицом служебных обязанностей по трудовому договору (контракту, гражданско-правовому договору), включая время в пути к месту исполнения служебных обязанностей и обратно;

6.5.3. во время нахождения Застрахованного лица в дошкольном, общеобразовательном и ином учебном заведении, включая время пути к месту нахождения в дошкольном, общеобразовательном и ином учебном заведении и обратно;

6.5.4. во время совершения Застрахованным каких-либо специфических действий и/или участия в каких-либо мероприятиях, указанных в Договоре страхования (например, во время занятий спортом, участия Застрахованного лица в соревнованиях);

6.5.5. в другой период времени, установленный Договором страхования.

7/ ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования заключается в письменной форме. Несоблюдение письменной формы влечет недействительность Договора страхования.

7.2. Договор страхования заключается на основании письменного или устного заявления Страхователя. При необходимости перед заключением Договора страхования Застрахованные лица заполняют анкеты по установленной Страховщиком форме.

7.3. Договор страхования может быть заключен одним из следующих способов:

7.3.1. путем составления одного документа, подписываемого обеими Сторонами. Договор страхования скрепляется собственноручной подписью Страхователя и собственноручной подписью или аналогом собственноручной подписи уполномоченного лица и печати Страховщика. Под аналогом собственноручной подписи и печати понимается их графическое воспроизведение. Договор страхования составляется в двух экземплярах, если иное количество экземпляров не предусмотрено Договором страхования;

7.3.2. путем вручения Страховщиком Страхователю Договора страхования – Страхового полиса, подписанного Страховщиком. На основании ст. 435, 438 и п. 2 ст. 940 ГК РФ соглашением Страхователя заключить

Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях (акцептом) считается уплата страховой премии (при уплате единовременно) / первого страхового взноса (при уплате в рассрочку);

7.3.3. путем вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления на страхование Договора страхования – Страхового полиса, подписанного Страховщиком, либо составления одного документа, подписанного Сторонами. Направление Страхового полиса посредством сетей электросвязи и по адресу/номеру, указанному в письменном либо устном заявлении на страхование, или путем его размещения в Личном кабинете Страхователя является надлежащим вручением Страхового полиса Страхователю. При этом Стороны вправе при любой возникшей необходимости воспроизвести Страховой полис на бумажный носитель. В случае заключения Договора страхования на основании устного заявления Страхователя согласие Страхователя заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика Договора страхования – Страхового полиса и/или уплатой страховой премии;

7.3.4. путем направления Страхователю в виде электронного документа – Страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции), подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика. Страховой полис (свидетельство, сертификат, квитанция), подписанный квалифицированной электронной подписью Страховщика, может быть направлен Страхователю на указанный им адрес электронной почты или путем размещения в Личном кабинете, сформированном Страхователем либо Страховщиком по поручению или с согласия Страхователя, а также иными способами, не противоречащими действующему законодательству РФ.

7.4. Страховщик вправе на основании настоящих Правил заключать коллективные Договоры страхования с использованием отдельных условий, закрепленных в настоящих Правилах страхования, и/или комбинируя их. Договор страхования, заключенный со Страхователем – юридическим лицом, оформляется в виде единого документа для всех Застрахованных лиц с приложением списка Застрахованных лиц. При этом по желанию Страхователя Страховщик выдает Страховые полисы или сертификаты на каждое Застрахованное лицо для вручения их Застрахованным лицам. Указанные полисы (сертификаты) не являются Договором страхования и имеют своей целью удостоверение условий страхования по заключенному Договору страхования.

7.5. При подписании Договоров страхования (Страховых полисов) Страховщик вправе использовать факсимильное (с помощью средств механического, электронного или иного копирования) воспроизведение печати Страховщика и подписей лиц, уполномоченных от имени Страховщика подписывать Договоры страхования (Страховые полисы) и приложения к ним. Подписание Договора страхования (Страхового полиса) Страховщиком с использованием факсимильного отображения (или иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика (при ее проставлении) является надлежащим подписанием Договора страхования (Страхового полиса) со стороны Страховщика.

7.6. При заключении Договора страхования Стороны могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил и о дополнении настоящих Правил без расширения объема обязательств Страховщика, предусмотренного настоящими Правилами.

7.7. Для заключения Договора страхования и оценки страховых рисков Страховщик вправе потребовать у Страхователя документы, подтверждающие сведения, изложенные в письменном заявлении на страхование, ИНН (при наличии), телефон (мобильный телефон), адрес электронной почты, иную контактную информацию (при наличии), а также следующие документы и сведения:

- 7.7.1. о Страхователе – юридическом лице, иностранной структуре без образования юридического лица:
- наименование, фирменное наименование на русском языке (полное и/или сокращенное) и/или на иностранных языках (полное и/или сокращенное) (при наличии);
 - организационно-правовая форма;
 - идентификационный номер налогоплательщика – для резидента, идентификационный номер налогоплательщика или код иностранной организации, присвоенный до 24 декабря 2010 года при постановке на учет в налоговом органе, либо идентификационный номер налогоплательщика, присвоенный после 24 декабря 2010 года при постановке на учет в налоговом органе, – для нерезидента;
 - код (коды) (при наличии) иностранной структуры без образования юридического лица в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) в качестве налогоплательщика (или его (их) аналоги);
 - сведения о государственной регистрации:
 - основной государственный регистрационный номер – для резидента;

- номер записи об аккредитации филиала, представительства иностранного юридического лица в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц, регистрационный номер юридического лица по месту учреждения и регистрации – для нерезидента;
- место государственной регистрации (местонахождение);
- регистрационный номер (номера) (при наличии), присвоенный иностранной структуре без образования юридического лица в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) при регистрации (инкорпорации), – для иностранной структуры без образования юридического лица;
- адрес юридического лица;
- место ведения основной деятельности иностранной структуры без образования юридического лица;
- состав имущества, находящегося в управлении (собственности), фамилия, имя, отчество (при наличии) (наименование) и адрес места жительства (местонахождения) учредителей и доверительного собственника (управляющего) – в отношении трастов и иных иностранных структур без образования юридического лица с аналогичной структурой или функцией;
- сведения об органах юридического лица (структура и персональный состав органов управления юридического лица, за исключением сведений о персональном составе акционеров (участников) юридического лица, владеющих менее чем пятью процентами акций (долей) юридического лица, структура и персональный состав органов управления иностранной структуры без образования юридического лица (при наличии));
- номера телефонов / адреса электронной почты;
- доменное имя, указатель страницы сайта в сети «Интернет», с использованием которых юридическим лицом оказываются услуги (при наличии);
- иная контактная информация (при наличии);
- сведения о целях установления и предполагаемом характере деловых отношений с некредитной финансовой организацией, сведения о целях финансово-хозяйственной деятельности (сведения о планируемых операциях);
- сведения (документы) о финансовом положении (копии годовой бухгалтерской отчетности (бухгалтерский баланс, отчет о финансовом результате), и/или копии годовой (либо квартальной) налоговой декларации с отметками налогового органа об их принятии или без такой отметки с приложением либо копии квитанции об отправке заказного письма с описью вложения (при направлении по почте), либо копии подтверждения отправки на бумажных носителях (при передаче в электронном виде); и/или копия аудиторского заключения на годовой отчет за прошедший год, в котором подтверждаются достоверность финансовой (бухгалтерской) отчетности и соответствие порядка ведения бухгалтерского учета законодательству РФ; и/или справка об исполнении налогоплательщиком (плательщиком сборов, налоговым агентом) обязанности по уплате налогов, сборов, пеней, штрафов, выданная налоговым органом; и/или сведения об отсутствии в отношении клиента производства по делу о несостоятельности (банкротстве), вступивших в силу решений судебных органов о признании его несостоятельным (банкротом), проведения процедур ликвидации по состоянию на дату представления документов в некредитную финансовую организацию; и/или сведения об отсутствии фактов неисполнения клиентом своих денежных обязательств по причине отсутствия денежных средств на банковских счетах; и/или данные о рейтинге клиента, размещенные в сети «Интернет» на сайтах международных рейтинговых агентств и российских кредитных рейтинговых агентств);
- сведения о деловой репутации (отзывы (в произвольной письменной форме, при возможности их получения) о юридическом лице других клиентов данной организации, имеющих с ним деловые отношения; и/или отзывы (в произвольной письменной форме, при возможности их получения) от кредитных организаций и/или некредитных финансовых организаций, в которых юридическое лицо находится (находилось) на обслуживании, с информацией этих кредитных организаций и/или некредитных финансовых организаций об оценке деловой репутации данного юридического лица);
- сведения об источниках происхождения денежных средств и/или иного имущества клиента;
- сведения о бенефициарном владельце (бенефициарных владельцах) (в объеме сведений, предусмотренном для физического лица);
- код юридического лица в соответствии с Общероссийским классификатором предприятий и организаций (при наличии);

- сведения о лицензии на право осуществления деятельности, подлежащей лицензированию: вид, номер, дата выдачи лицензии; кем выдана; срок действия; перечень видов лицензируемой деятельности;
- сведения о единоличном исполнительном органе (в объеме сведений, предусмотренном для физического лица);

7.7.2. о Страхователе – индивидуальном предпринимателе:

- фамилия, имя и отчество (при наличии последнего);
- гражданство;
- дата и место рождения;
- реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия (при наличии) и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения (при наличии);
- данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в Российской Федерации (сведения, указанные в настоящем пункте Правил, устанавливаются в отношении иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации, в случае если необходимость наличия у них миграционной карты предусмотрена законодательством РФ);
- данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации: серия (если имеется) и номер документа, дата начала срока действия права пребывания (проживания), дата окончания срока действия права пребывания (проживания), в случае если наличие указанных данных предусмотрено законодательством РФ (сведения, указанные в настоящем пункте Правил, устанавливаются в отношении иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации, в случае если необходимость наличия у них документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, предусмотрена законодательством РФ);
- адрес места жительства (регистрации) или местонахождения (адрес для направления корреспонденции);
- идентификационный номер налогоплательщика;
- информация о страховом номере индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии);
- номера телефонов / адреса электронной почты;
- доменное имя, указатель страницы сайта в сети «Интернет», с использованием которых индивидуальным предпринимателем оказываются услуги (при наличии);
- иная контактная информация (при наличии);
- сведения о регистрации в качестве индивидуального предпринимателя: основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя согласно свидетельству о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя (свидетельству о внесении записи в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об индивидуальном предпринимателе, зарегистрированном до 1 января 2004 года), место регистрации;
- сведения о целях установления и предполагаемом характере деловых отношений с некредитной финансовой организацией, сведения о целях финансово-хозяйственной деятельности (сведения о планируемых операциях);
- сведения (документы) о финансовом положении (копии годовой бухгалтерской отчетности (бухгалтерский баланс, отчет о финансовом результате), и/или копии годовой (либо квартальной) налоговой декларации с отметками налогового органа об их принятии или без такой отметки с приложением либо копии квитанции об отправке заказного письма с описью вложения (при направлении по почте), либо копии подтверждения отправки на бумажных носителях (при передаче в электронном виде); и/или копия аудиторского заключения на годовой отчет за прошедший год, в котором подтверждаются достоверность финансовой (бухгалтерской) отчетности и соответствие порядка ведения бухгалтерского учета законодательству РФ; и/или справка об исполнении налогоплательщиком (плательщиком сборов, налоговым агентом) обязанности по уплате налогов, сборов, пеней, штрафов, выданная налоговым органом; и/или сведения об отсутствии в отношении клиента производства по делу о несостоятельности (банкротстве), вступивших в силу решений судебных органов о признании его несостоятельным (банкротом), проведения процедур ликвидации по состоянию на дату представления документов в не-

кредитную финансовую организацию; и/или сведения об отсутствии фактов неисполнения клиентом своих денежных обязательств по причине отсутствия денежных средств на банковских счетах; и/или данные о рейтинге клиента, размещенные в сети «Интернет» на сайтах международных рейтинговых агентств и российских кредитных рейтинговых агентств);

– сведения о деловой репутации (отзывы (в произвольной письменной форме, при возможности их получения) о клиенте других клиентов данной организации, имеющих с ним деловые отношения; и/или отзывы (в произвольной письменной форме, при возможности их получения) от кредитных организаций и/или некредитных финансовых организаций, в которых клиент находится (находился) на обслуживании, с информацией этих кредитных организаций и/или некредитных финансовых организаций об оценке деловой репутации клиента);

– сведения об источниках происхождения денежных средств и/или иного имущества клиента;

– сведения о бенефициарном владельце (бенефициарных владельцах) (в объеме сведений, предусмотренном для физического лица);

– сведения о лицензии на право осуществления деятельности, подлежащей лицензированию: вид, номер, дата выдачи лицензии; кем выдана; срок действия; перечень видов лицензируемой деятельности;

7.7.3. о Страхователе – физическом лице:

– фамилия, имя и отчество (при наличии последнего);

– дата и место рождения;

– гражданство;

– реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия (при наличии) и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения (при наличии);

– данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в Российской Федерации (сведения, указанные в настоящем пункте Правил, устанавливаются в отношении иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации, в случае если необходимость наличия у них миграционной карты предусмотрена законодательством РФ);

– данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации: серия (если имеется) и номер документа, дата начала срока действия права пребывания (проживания), дата окончания срока действия права пребывания (проживания), в случае если наличие указанных данных предусмотрено законодательством РФ (сведения, указанные в настоящем пункте Правил, устанавливаются в отношении иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации, в случае если необходимость наличия у них документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, предусмотрена законодательством РФ);

– адрес места жительства (регистрации) или места пребывания;

– идентификационный номер налогоплательщика (при наличии);

– информация о страховом номере индивидуального лицевого счета Застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии);

– номер телефона;

– иная контактная информация (при наличии);

– сведения, подтверждающие наличие у лица полномочий представителя клиента: наименование, дата выдачи, срок действия, номер документа, на котором основаны полномочия представителя клиента;

7.7.4. сведения о Застрахованном лице и/или содержащие их документы:

– фамилия, имя, отчество (при наличии последнего), реквизиты документа, удостоверяющего личность, ИНН (при наличии); СНИЛС; место работы, должность, статус (сотрудник, родственник, ребенок);

– возраст, пол, вес, рост, артериальное давление;

– сведения о дееспособности, сведения о диспансерном учете; сведения о прошлых и/или имеющихся диагнозах, а также о фактах обращения за оказанием медицинской помощи (в т. ч. сведения о прошлых и/или имеющихся заболеваниях / расстройствах / отклонениях в развитии (для детей) / нарушениях / повреждениях / травмах / оперативных (хирургических) вмешательствах / госпитализации), сведения о направлении потенциального Застрахованного лица на прохождение медицинского обследования в связи с подозрением на наличие у него заболевания, сведения о наличии нарушений состояния здо-

ровья потенциального Застрахованного лица, сведения, связанные с беременностью (для женщин); сведения о принимаемых медицинских препаратах;

- сведения о номере мобильного телефона, адресе электронной почты для направления уведомлений;
- сведения о наличии/отсутствии ограничений в трудоспособности (в т. ч. временной), а также информация в связи с прохождением медико-социальной экспертизы (в т. ч. сведения об установлении группы инвалидности или о направлении нахождение медико-социальной экспертизы);
- сведения о профессии / профессиональной деятельности / роде занятий (в т. ч. об условиях труда, о прохождении военной или гражданской службы, о занятости в профессиональной и непрофессиональной авиации, занятости в сфере с особым риском (химическое производство, атомная энергетика и др.));
- сведения, характеризующие личность, а также сведения об образе жизни (сведения об употреблении алкоголя, курении, наличии зависимостей, информация, связанная с судимостью, и др.);
- сведения об имущественном положении и финансовой состоятельности (например, сведения о доходах и источниках их получения (в т. ч. о соотношении активов и принятых на себя обязательств));
- сведения об увлечениях и занятиях спортом на различном уровне (в т. ч. о принадлежности к спортивным клубам, участии в соревнованиях и др.);
- сведения об адресе места жительства (регистрации) или места пребывания, а также об их потенциальном изменении (сведения о переезде/перемещении в зоны вооруженных конфликтов, военных действий и др.);
- сведения о личном страховании (об имеющихся Договорах страхования или обращениях по вопросу их заключения, об отказах в заключении Договора страхования, о получении страховых выплат и др.);
- сведения о наличии/отсутствии определенных заболеваний, имеющихся (-вшихся) у родственников Застрахованного лица;
- сведения об иждивенцах.

7.8. Страховщик вправе потребовать также представления выписки из медицинских карт из лечебных учреждений, где лицо, принимаемое на страхование, наблюдалось (наблюдается) или проходило (проходит) лечение.

7.9. Страховщик имеет право назначить предварительное медицинское обследование страхуемого лица для оценки фактического состояния его здоровья. Предварительное медицинское обследование производится за счет средств Страхователя. Страховщик вправе по своему усмотрению оплатить проведение предварительного медицинского обследования Застрахованного лица.

7.10. Если страхование осуществляется на период выполнения Застрахованным лицом определенной работы, его поездки, участия в спортивных соревнованиях и т. п., Страхователь в своем заявлении на страхование обязан подробно изложить все обстоятельства, связанные с краткосрочным периодом страхования и особенностями его действий в это время (характер работы (иного рода занятий), маршрут поездки). Страховщик вправе потребовать от Страхователя приложить к заявлению копии соответствующих документов: договор (контракт) на выполнение работ (оказание услуг), туристическую путевку, приказ о направлении в командировку, задание на командировку.

7.11. Страховщик вправе запросить сведения и/или документы, получение которых обусловлено требованиями законодательства РФ в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма.

7.12. Форма представления указанных в п. 7.7 настоящих Правил документов (надлежащим образом заверенные или простые копии, оригиналы) устанавливается Страховщиком и доводится до сведения потенциального Страхователя при его обращении. Указанный в п. 7.7 настоящих Правил перечень сведений и документов, необходимых для заключения Договора страхования, оценки страховых рисков, является исчерпывающим. При этом Страховщик вправе сократить перечень документов и/или сведений или принять взамен иные документы и/или сведения из числа представленных потенциальным Страхователем.

7.13. Если будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и оценки страхового риска, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным.

7.14. Все данные о Страхователе (Застрахованном лице), Выгодоприобретателе, которые стали известны Страховщику от кого бы то ни было в связи с заключением, исполнением и прекращением (расторжением) Договора страхования, являются конфиденциальными. Такие данные могут быть использованы исключи-

тельно в целях Договора страхования и не подлежат разглашению Страховщиком или его представителем, если иное не предусмотрено законодательством РФ.

7.15. Не принимаются на страхование на стандартных условиях и не являются Застрахованными лицами следующие категории лиц:

- 7.15.1. имеющие диагностированные психические (нервные) заболевания и/или расстройства;
- 7.15.2. состоящие на учете в наркологическом и/или психоневрологическом диспансерах;
- 7.15.3. заключенные под стражу, отбывающих наказание в виде ограничения свободы;
- 7.15.4. больные злокачественными новообразованиями (злокачественные опухоли);
- 7.15.5. другие лица по усмотрению Страховщика по итогам оценки страховых рисков.

7.16. В отношении лиц, указанных в п. 7.15 настоящих Правил, Страховщик вправе предложить заключение Договора страхования на индивидуальных условиях, с учетом повышенной степени риска, вызванной обстоятельствами, указанными в п. 7.15 настоящих Правил.

7.17. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Застрахованное лицо подпадает под одну из категорий, перечисленных в п. 7.15 настоящих Правил, о чем Страхователь не уведомил Страховщика, то данное лицо ни при каких условиях не признается Застрахованным лицом. Договор страхования, заключенный только в отношении такого лица, будет считаться незаключенным, обязательства Сторон по нему – невозникшими. При этом страховая премия по Договору страхования подлежит возврату оплатившему ее лицу. Возврат осуществляется по письменному заявлению Страхователя в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения Страховщиком заявления о возврате страховой премии с указанием реквизитов для перечисления. Обязательства Сторон по Договору страхования, заключенному в отношении нескольких лиц, одно или несколько из которых подпадают под категорию, указанную в п. 7.15 настоящих Правил, прекращаются в отношении таких лиц с момента заключения Договора страхования. Страховые выплаты в отношении таких лиц не производятся.

7.18. Страховщик может отдельно оговаривать в Договоре страхования положения, по которым должно быть достигнуто соглашение Сторон и которые в этой связи будут считаться существенными условиями Договора страхования. При несоблюдении данных положений Договор страхования будет считаться незаключенным, и страховые выплаты по нему не будут производиться.

7.19. Все изменения и/или дополнения в Договор страхования оформляются Страховщиком в виде дополнительных соглашений к Договору страхования. Изменения и/или дополнения в Договор страхования, заключенный в письменной форме, могут быть составлены и направлены Страхователю в виде электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика.

7.20. Подписание дополнительных соглашений и/или изменений к Договору страхования, соглашений о расторжении Договора страхования, а также иных документов в связи с заключением, исполнением, изменением, прекращением Договора страхования Страховщиком с использованием факсимильного отображения (иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика (при ее проставлении) является надлежащим подписанием соглашений / изменений / иных документов со стороны Страховщика.

7.21. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, все заявления и извещения, которые делают друг другу Стороны в процессе исполнения Договора страхования, должны производиться в письменной форме по адресам и иным контактным данным Сторон, содержащимся в следующих документах (иных информационных источниках):

- 7.21.1. о Страховщике – в Договоре страхования (Страховом полисе) и/или на сайте Страховщика в сети «Интернет», о Страхователе – в Договоре страхования (Страховом полисе);
- 7.21.2. о Сторонах – в уведомлениях, которые Стороны направляют друг другу в связи с изменениями контактной информации в порядке, установленном настоящими Правилами.

При изменении контактных данных Страхователь обязан незамедлительно уведомить об этом Страховщика путем направления письменного уведомления посредством почтовой связи либо иным способом, согласованным со Страховщиком, в противном случае Страхователь несет риск любых неблагоприятных последствий, вызванных неуведомлением / несвоевременным уведомлением. Страховщик уведомляет Страхователя об изменении своих контактных данных (в т. ч. адреса местонахождения, телефона) посредством размещения обновленной информации на своем сайте в сети «Интернет».

7.22. В случаях если в соответствии с условиями Договора страхования, заключенного между Сторонами соглашения или согласно информации, размещаемой Страховщиком на его официальном сайте в сети

«Интернет» или на сайте уполномоченного представителя Страховщика¹, допускается предоставление Страхователем документации для заключения, изменения, исполнения или прекращения Договора страхования в электронном виде, Страхователь может предоставить Страховщику сведения и документы в виде электронных документов в порядке, предусмотренном соответствующим Договором страхования, соглашением, или в порядке, указанном на официальном сайте в сети «Интернет» или на сайте уполномоченного представителя Страховщика.

При наличии технической возможности для приема документов для заключения, изменения, исполнения или прекращения Договора страхования могут быть использованы в том числе программные компоненты мобильных приложений Страховщика (его уполномоченного представителя).

7.23. В случае утери Договора страхования (Страхового полиса) Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает бесплатно дубликат документа, после чего утраченный Договор страхования (Страховой полис) считается недействительным с момента подачи заявления Страхователем, и выплаты по нему не производятся. При обращении Страхователя по вопросам выдачи дубликата Страховщик вправе потребовать представления платежных документов, которые должны находиться в распоряжении Страхователя, и не осуществлять выдачу дубликата без удовлетворения Страхователем такого требования.

7.24. Страховщик вправе предусмотреть на своем официальном сайте в сети «Интернет» возможность для создания и отправки с помощью Личного кабинета Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) Страховщику информации в электронной форме (в т. ч. обращений, касающихся заключения, и/или изменения, и/или досрочного прекращения Договора страхования, и/или страховой выплаты) и связанных с ними документов/сведений). При этом требования к использованию электронных документов и порядок обмена информацией в электронной форме (в т. ч. случаи и порядок создания и отправки указанной в настоящем пункте информации) устанавливаются соглашением между Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) и Страховщиком в соответствии с действующим законодательством РФ.

Любые документы, оформленные Страховщиком и/или Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) в виде электронного документа в соответствии с требованиями действующего законодательства / с требованиями указанного в настоящем пункте соглашения, признаются равнозначными документам, оформленным на бумажном носителе.

7.25. Любые уведомления и извещения в связи с заключением, исполнением или прекращением договорных правоотношений считаются направленными Сторонами в адрес друг друга, только если они сделаны в письменной форме или в форме электронного документа через Личный кабинет или иным способом коммуникации, согласованным при заключении Договора страхования, в случае если это не противоречит законодательству РФ и предусмотрено настоящими Правилами, Договором страхования или соглашением Сторон.

7.26. Любые документы, уведомления и извещения в связи с заключением, изменением, исполнением или прекращением договорных правоотношений, подписанные в том числе факсимильным воспроизведением подписи Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), полученные путем сканирования оригинальных подписей Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), направленные с адреса электронной почты Страхователя, указанного в Договоре страхования, переданные Страхователем Страховщику или уполномоченному Страховщиком лицу или иным способом, согласованным в Договоре страхования, признаются Сторонами оригиналами соответствующих документов, исходящими от Страхователя.

7.27. Заключая Договор страхования (Страховой полис) и/или оплачивая страховую премию, Страхователь подтверждает:

7.27.1. что ему разъяснены и понятны возрастные ограничения и ограничения по состоянию здоровья принимаемых на страхование лиц, установленные в пункте 7.15 Правил;

7.27.2. что ему разъяснено, что если после заключения Договора страхования (Страхового полиса) будет установлено, что он сообщил Страховщику заведомо ложные сведения, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 Гражданского кодекса РФ;

¹ Под уполномоченным представителем Страховщика в контексте настоящего пункта Правил понимается юридическое лицо, уполномоченное Страховщиком на осуществление действий по приему и передаче Страховщику информации и документации, необходимой для заключения или исполнения Договора страхования и/или получения страховой выплаты.

Информация в электронной форме, подписанная электронной подписью, также признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью, в случаях, установленных федеральными законами, принимаемыми в соответствии с ними нормативными правовыми актами, нормативными актами Центрального банка Российской Федерации.

7.27.3. что до заключения Договора страхования ему была предоставлена полная и достоверная информация о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», в том числе:

- a. об условиях, на которых может быть заключен Договор страхования, включающих: объект страхования, страховые риски, размере страховой суммы; порядке выплаты страхового возмещения и порядке определения его размера, в том числе перечень документов, которые необходимо представить вместе с заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая;
- b. о подлежащем уплате по Договору страхования размере страховой премии (страховых взносов), порядке ее уплаты и последствиях ее неуплаты;
- c. об обстоятельствах, влияющих на размер страховой премии, о способах и сроках (периодичности) уплаты страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии;
- d. о применяемых Страховщиком франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях Страхователя / Застрахованного лица, совершение которых может повлечь отказ Страховщика в страховой выплате или сокращение ее размера;
- e. о перечне документов и информации, необходимых для заключения Договора страхования;
- f. о наличии или об отсутствии условия возврата Страхователю уплаченной страховой премии в случае отказа Страхователя от Договора страхования в течение определенного действующим законодательством срока со дня его заключения;
- g. о сроках рассмотрения обращений Страхователя / Застрахованных лиц относительно получения страховой выплаты, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от компетентных органов и/или сторонних организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия Страховщиком решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты;
- h. о праве Страхователя запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру, в случае если заключение Договора страхования осуществлялось с участием страхового агента или страхового брокера;
- i. об обязанности уведомить Страховщика об изменении данных, указанных в Договоре, в том числе об изменении адреса, электронной почты и номера телефона, не позднее 5 (пяти) рабочих дней с момента изменения соответствующих данных;
- j. о принципах расчета страховой выплаты;
- k. о перечне страховых случаев;
- l. о событиях не являющихся страховыми случаями (исключениях из страховых случаев);
- m. о порядке действия Страхователя при наступлении события, обладающего признаками страхового случая;
- n. о порядке выплаты страхового возмещения и порядке определения его размера;
- o. об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая;
- p. о фирменном наименовании и местонахождении Страховщика, номерах телефонов, режиме работы Страховщика.

7.28. Договор страхования прекращается:

- 7.28.1. по истечении срока его действия;
- 7.28.2. при исполнении Страховщиком обязательств по Договору страхования в полном объеме;
- 7.28.3. при ликвидации Страховщика в установленном законодательством РФ порядке;
- 7.28.4. если после вступления Договора страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала и/или существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование;
- 7.28.5. в случае неуплаты Страхователем страховой премии / очередного страхового взноса (если Договор страхования предусматривает уплату страховой премии в рассрочку, и если Договором страхования не предусмотрено иное) в установленные Договором страхования сроки и в установленном размере;
- 7.28.6. в иных случаях, предусмотренных настоящими Правилами, Договором страхования и действующим законодательством РФ.

7.29. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, в следующих случаях:

7.29.1. по соглашению Сторон;

7.29.2. по требованию Страховщика в случаях и в порядке, предусмотренных действующим законодательством РФ;

7.29.3. по требованию Страхователя. Досрочное прекращение Договора страхования производится на основании письменного заявления Страхователя. Договор страхования считается прекращенным с 00 часов 00 минут дня, указанного в заявлении, но не ранее 00 часов 00 минут дня получения заявления Страховщиком. Договор страхования считается прекращенным с 00 часов 00 минут дня получения заявления Страховщиком, если дата прекращения Договора страхования в заявлении не указана. При этом уплаченная Страховщику страховая премия возврату не подлежит, если Договором страхования не предусмотрено иное, а также за исключением случаев, предусмотренных п. 7.29.4 и п. 7.29.5 настоящих Правил;

7.29.4. в случае отказа Страхователя от Договора страхования в течение Периода охлаждения. В случае отказа Страхователя от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения, до вступления страхования, обусловленного Договором страхования, в силу, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в полном объеме.

В случае отказа Страхователя от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения, но после вступления страхования, обусловленного Договором страхования, в силу, при условии отсутствия в этом периоде события, имеющего признаки страхового случая, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования.

При этом Договор страхования считается прекратившим свое действие с 00 часов 00 минут даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования или иной даты, установленной по соглашению Сторон, но не позднее 14-го (четырнадцатого) календарного дня с даты его заключения.

Условиями Договора страхования или соглашением Сторон может быть предусмотрен более длительный срок Периода охлаждения, чем предусмотрен в настоящем пункте Правил.

Возврат Страхователю страховой премии осуществляется по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования / о прекращении Договора страхования;

7.29.5. в случае отказа Страхователя от Договора страхования по причине непредоставления Страховщиком информации о Договоре страхования, предоставления неполной или недостоверной информации досрочное прекращение Договора страхования производится на основании письменного заявления об отказе Страхователя от Договора страхования. Договор страхования считается прекращенным с даты получения Страховщиком письменного заявления от Страхователя.

Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования.

Возврат Страхователю страховой премии (части страховой премии) по причине непредоставления Страховщиком информации о Договоре страхования, предоставления неполной или недостоверной информации осуществляется в срок, не превышающий 7 (семи) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

В случае если Страхователь отказывается от Договора страхования по причине непредоставления Страховщиком информации о Договоре страхования, предоставления неполной или недостоверной информации, по которому было заявлено о наступлении события с признаками страхового случая (о выплате страхового возмещения) или получено страховое возмещение, то возврат страховой премии (части страховой премии) не производится.

7.30. При взаимных расчетах Сторон в случае досрочного прекращения Договора страхования Страховщику должны быть предоставлены:

7.30.1. заявление об отказе от / о расторжении Договора страхования;

7.30.2. надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя Страхователя (для представителей);

7.30.3. в случае досрочного прекращения Договора страхования по основанию, предусмотренному п. 7.28.4 настоящих Правил, взаиморасчеты Сторон производятся при представлении Страховщику оригиналов или надлежащим образом заверенных копий документов, подтверждающих наступление соответствующих обстоятельств.

7.31. В рамках правоотношений, направленных на исполнение Договора страхования (включая изменение Договора страхования и получение страховой выплаты), заключенного на основании настоящих Правил, может быть использована в качестве аналога собственноручной подписи Страхователя его простая электронная подпись, выполненная с использованием электронных либо иных технических средств или программных компонентов, предоставляемых Страховщиком или уполномоченным представителем Страховщика (включая мобильные приложения), при одновременном соблюдении следующих условий:

- простая электронная подпись выполнена в соответствии с требованиями и в порядке, установленном соглашением между Страхователем и Страховщиком и/или Страхователем и уполномоченным представителем Страховщика;
- проставленная на документе или в интерфейсе программного компонента простая электронная подпись позволяет достоверно подтвердить неизменность документа (действия), содержания документа (действия), а также лицо, совершившее действие.

В рамках правоотношений Сторон аналог собственноручной подписи² Страхователя, выполненный с использованием электронных либо иных технических средств или программных компонентов, предоставляемых Страховщиком или уполномоченным представителем Страховщика, признается простой электронной подписью.

Также может быть использована для подписания документов в рамках взаимоотношений Сторон простая электронная подпись, используемая для целей подписания электронных документов в Системе «Сбербанк Онлайн», которая формируется в порядке и на условиях, предусмотренных Условиями банковского обслуживания физических лиц ПАО Сбербанк.

8/ ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Страхователь имеет право:

- 8.1.1. ознакомиться с настоящими Правилами и условиями Договора страхования, а также получить их на руки;
- 8.1.2. получить любые разъяснения по заключенному Договору страхования и Правилам страхования;
- 8.1.3. получить бесплатно дубликат Договора страхования (Страхового полиса) в случае его утраты;
- 8.1.4. вносить с согласия Страховщика изменения в условия Договора страхования;
- 8.1.5. досрочно прекратить Договор страхования с обязательным письменным уведомлением об этом Страховщика;
- 8.1.6. проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования;
- 8.1.7. назначать и заменять Выгодоприобретателя с соблюдением условий замены, предусмотренных п. 2.4 настоящих Правил и действующим законодательством РФ;
- 8.1.8. по согласованию со Страховщиком вносить изменения в условия Договора коллективного страхования, касающиеся изменения списка Застрахованных лиц в части включения в Договор страхования и исключения из Договора страхования отдельных лиц. Вышеуказанные изменения в отношении Застрахованного лица могут производиться только до наступления предусмотренного Договором страхования в части этого Застрахованного лица страхового случая. Данное изменение оформляется дополнительным соглашением к Договору страхования;
- 8.1.9. получать от Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости и не являющуюся коммерческой тайной;
- 8.1.10. получать от Страховщика иные сведения, предоставление которых предусмотрено действующим законодательством РФ.

² Аналог собственноручной подписи – код, пароль или иной аналог собственноручной подписи (в т. ч. специальные отметки/подтверждения, проставляемые Страхователем для целей подтверждения предложенных Страховщиком или уполномоченным представителем Страховщика условий), используемый Страхователем для удостоверения факта ознакомления и/или подписания электронного сообщения, электронного документа.

8.2. Страхователь обязан:

- 8.2.1. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размере и в сроки, определенные Договором страхования;
- 8.2.2. при заключении Договора страхования сообщать Страховщику всю необходимую информацию о лицах, подлежащих страхованию (Застрахованных лицах), их жизни, деятельности и состоянию здоровья, необходимую для определения степени и особенностей риска, принимаемого Страховщиком на страхование;
- 8.2.3. получить согласие Застрахованного лица на исключение из списка Застрахованного (-ых) лица/лиц или замену Застрахованного (-ых) лица/лиц по Договору страхования;
- 8.2.4. получить письменное согласие Застрахованного лица или его Законного представителя на предоставление свободного доступа Страховщику или его представителю к информации, имеющей отношение к страховому случаю, в том числе к медицинской документации из любых медицинских и иных организаций, в которых Застрахованное лицо проходило лечение;
- 8.2.5. предоставить по запросу Страховщика в течение 3 (трех) рабочих дней с момента получения такого запроса письменные согласия Застрахованных лиц, соответствующие требованиям законодательства РФ в области персональных данных, на получение Страховщиком сведений, указанных в п. 8.2.4 Правил;
- 8.2.6. в период действия Договора страхования незамедлительно, в течение 10 (десяти) календарных дней как стало об этом известно, в письменном виде сообщать Страховщику обо всех значительных изменениях в обстоятельствах, которые были сообщены при заключении Договора страхования и повлияли на определение степени страхового риска, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска, в том числе о перемене места жительства, места работы, рода деятельности Застрахованных лиц и др. (изменение обстоятельств признается существенным, когда они изменились настолько, что если бы Стороны могли это разумно предвидеть, Договор страхования вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях);
- 8.2.7. при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, известить об этом Страховщика в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента, как ему стало известно о наступлении этого события, любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, с последующим предоставлением всей необходимой информации и приложением подтверждающих документов согласно списку, указанному в разделе 9 настоящих Правил.
Обязанность Страхователя сообщить о факте наступления определенного события с Застрахованным лицом может быть исполнена Выгодоприобретателем / Законным представителем;
- 8.2.8. исполнять любые иные положения настоящих Правил, Договора страхования и иных документов, закрепляющих договорные правоотношения между Страхователем и Страховщиком, связанные с заключением, исполнением или прекращением этих правоотношений;
- 8.2.9. в случае сомнений в подлинности и/или достоверности, а также достаточности документов, представленных Страхователем (Застрахованным лицом) в связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, или для подтверждения состояния утраты трудоспособности при назначении группы инвалидности, пройти по требованию Страховщика повторные лабораторные и инструментальные исследования (включая ультразвуковые исследования, рентгенологические и иные методы лучевой диагностики), повторные медицинские осмотры, осуществляемые врачами различных специальностей;
- 8.2.10. вернуть полученную страховую выплату, если в течение предусмотренного действующим законодательством РФ срока исковой давности обнаружится такое обстоятельство, которое в соответствии с действующим законодательством РФ или в соответствии с настоящими Правилами полностью или частично лишает Страхователя, Застрахованное лицо, Выгодоприобретателя права на получение страховой выплаты. Такая же обязанность лежит на Выгодоприобретателе;
- 8.2.11. назвать своего представителя, проживающего в Российской Федерации, если Страхователь (Застрахованное лицо) более 3 (трех) месяцев находится за пределами Российской Федерации. Представитель должен быть наделен правом принимать официальные сообщения Страховщика;
- 8.2.12. ознакомить Застрахованное лицо с условиями настоящих Правил и Договора страхования (Страхового полиса);
- 8.2.13. осуществлять иные действия в порядке исполнения положений настоящих Правил и Договора страхования.

8.3. Страховщик имеет право:

- 8.3.1. проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем или Застрахованными лицами, любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству РФ;
- 8.3.2. проверять выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований Договора страхования и положений настоящих Правил;
- 8.3.3. запросить недостающие документы/сведения и отсрочить принятие решения о признании или непризнании произошедшего события страховым случаем согласно п. 9.27 настоящих Правил;
- 8.3.4. применять разработанные им страховые тарифы и поправочные коэффициенты к ним для определения размера страховой премии с учетом проведенной предстраховой экспертизы (медицинского обследования) в отношении лица, принимаемого на страхование, условий страхования и степени оценки страхового риска;
- 8.3.5. в случаях, предусмотренных законодательством РФ, оспаривать действительность Договора страхования в случае нарушения или ненадлежащего исполнения Страхователем (Застрахованным лицом) положений настоящих Правил и Договора страхования;
- 8.3.6. для принятия решения о страховой выплате направлять при необходимости запросы в компетентные органы об обстоятельствах наступления страхового случая, а также потребовать от Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) предоставления сведений и документов, подтверждающих факт наступления и причину страхового случая;
- 8.3.7. после заключения Договора страхования в случае уведомления об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, Страховщик вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.
К обстоятельствам, влекущим изменение страхового риска, относятся любые обстоятельства, в результате которых изменились следующие сведения о Застрахованном лице, сообщенные при заключении Договора страхования: сведения о профессии / профессиональной деятельности / роде занятий (в т. ч. об условиях труда, о прохождении военной или гражданской службы, о занятости в профессиональной и непрофессиональной авиации, занятости в сфере с особым риском (химическое производство, атомная энергетика и др.)); сведения об увлечениях и занятиях спортом на различном уровне (в т. ч. о принадлежности к спортивным клубам, участии в соревнованиях и др.), сведения о переезде/перемещении в зоны вооруженных конфликтов, военных действий, чрезвычайной (-ого) ситуации/положения.
В случае если между Страховщиком и Страхователем не будет достигнуто соглашение о внесении соответствующих изменений в Договор страхования или Страхователь выразит отказ от уплаты дополнительной страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в соответствии с правилами, предусмотренными главой 29 Гражданского кодекса РФ, если обстоятельства, влекущие повышение степени страхового риска, к моменту расторжения Договора страхования не отпали;
- 8.3.8. продлить срок принятия решения о страховой выплате:
 - до получения полной информации о страховом случае и подтверждающих его документов, предусмотренных настоящими Правилами;
 - в случае если Страховщиком сделан запрос в компетентные органы о предоставлении документов и/или сведений, необходимых для принятия решения о страховой выплате, и такие документы и/или сведения необходимы для принятия решений в соответствии с настоящими Правилами;
 - в случае возбуждения по факту наступления страхового случая уголовного дела до момента принятия соответствующего решения компетентными органами.Решение о продлении срока принятия решения о страховой выплате принимается Страховщиком в течение 20 (двадцати) рабочих дней со дня получения Страховщиком документа, на основании которого такое решение принято. Уведомление о продлении срока принятия решения о страховой выплате направляется Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня принятия Страховщиком решения об отсрочке;
- 8.3.9. отказать в страховой выплате, если Страхователь (Выгодоприобретатель) имел возможность уведомить в порядке, установленном настоящими Правилами и действующим законодательством РФ, но не уведомил Страховщика в установленный настоящими Правилами и Договором страхования срок о наступлении страхового случая, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое возмещение;

- 8.3.10. отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ, а также в случаях непризнания наступившего с Застрахованным лицом события страховым случаем;
- 8.3.11. уведомлять о необходимости уплаты очередного страхового взноса (в т. ч. внесение которого просрочено) и/или о прекращении Договора страхования в любой удобной Страховщику форме (в т. ч. письменно, с помощью СМС-сообщений и т. д.).

8.4. Страховщик обязан:

- 8.4.1. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами и условиями Договора страхования, а также при заключении Договора страхования предоставить Страхователю, Выгодоприобретателю, Застрахованному лицу информацию в соответствии с действующей редакцией Базовых стандартов саморегулируемых организаций в сфере финансового рынка, объединяющих страховые организации, утвержденных в соответствии с Федеральным законом от 13 июля 2015 года № 223-ФЗ «О саморегулируемых организациях в сфере финансового рынка»;
- 8.4.2. давать разъяснения по всем вопросам, касающимся условий Договора страхования и настоящих Правил;
- 8.4.3. без письменного согласия Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) не разглашать личные данные, сведения о состоянии здоровья и об имущественном положении указанных лиц, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ;
- 8.4.4. при наступлении страхового случая и принятии решения о страховой выплате произвести страховую выплату в порядке и в сроки, установленные настоящими Правилами;
- 8.4.5. в случае принятия решения об отказе в страховой выплате и/или непризнании события страховым случаем уведомить об этом Страхователя/Выгодоприобретателя в порядке и в сроки, установленные настоящими Правилами;
- 8.4.6. письменно уведомить лицо, обратившееся за страховой выплатой, о продлении срока принятия решения о страховой выплате с указанием такого срока;
- 8.4.7. при получении информации об изменении сведений, сообщенных при заключении Договора страхования, обновить сведения в день их получения. Сведения, представленные при заключении Договора страхования, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении;
- 8.4.8. вернуть Страхователю страховую премию или ее часть в случаях, предусмотренных настоящими Правилами и/или Договором страхования, действующим законодательством РФ, в порядке и в сроки, предусмотренные настоящими Правилами, Договором страхования, действующим законодательством РФ;
- 8.4.9. бесплатно выдать Страхователю по его запросу:
- копию действующего Договора страхования и иных документов, являющихся неотъемлемой частью Договора страхования;
 - текст настоящих Правил на бумажном носителе (если они были ранее предоставлены Страхователю без вручения их текста на бумажном носителе);
 - заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащей возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением Договора страхования. К указанному расчету по запросу Страхователя прилагаются письменные или даются устные пояснения со ссылкой на нормы права и/или условия Договора страхования и настоящих Правил, на основании которых произведен расчет;
- 8.4.10. выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором страхования, настоящими Правилами и действующим законодательством РФ.

8.5. Застрахованное лицо имеет право:

- 8.5.1. при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, требовать исполнения Страховщиком принятых обязательств по Договору страхования, заключенному в его пользу;
- 8.5.2. в случае смерти Страхователя – физического лица, ликвидации Страхователя – юридического лица в порядке, предусмотренном законодательством РФ, а также по соглашению между Страхователем и Страховщиком принять на себя выполнение обязанностей, предусмотренных в п. 8.2 настоящих Правил страхования.

8.6. Застрахованное лицо обязано:

- 8.6.1. сообщать достоверные сведения о себе, Выгодоприобретателе (наследнике);
- 8.6.2. выполнять требования Договора страхования;

8.6.3. по требованию Страховщика в установленный срок представлять необходимую информацию и документы;

8.6.4. при наступлении события, связанного с причинением вреда здоровью, Застрахованное лицо обязано:

8.6.4.1. незамедлительно обратиться к врачу и неукоснительно соблюдать рекомендации врача с целью уменьшения последствий причиненного вреда;

8.6.4.2. при появлении возможности сообщить любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, о случившемся Страховщику или его представителю.

8.7. Договором страхования могут быть предусмотрены иные права и обязанности Сторон, не противоречащие законодательству РФ.

8.8. Права и обязанности Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) по Договору страхования не могут быть переданы кому бы то ни было без письменного согласия на это Страховщика.

9/ СРОКИ И ПОРЯДОК ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ ОБ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ. ПОРЯДОК РАСЧЕТА РАЗМЕРА СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

9.1. При установлении и наличии документального подтверждения факта наступления страхового случая, а также при отсутствии основания отказа в страховой выплате и признания события страховым случаем Страховщик производит страховую выплату в соответствии с условиями настоящих Правил (Приложений к Правилам, если применимо) и Договора страхования, с учетом лимитов ответственности (лимитов страхового возмещения), установленных в настоящих Правилах, Приложениях к настоящим Правилам и/или в Договоре страхования.

9.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования, страховые выплаты при наступлении страховых случаев, относящихся к несчастным случаям и/или болезням (пп. 4.3.1–4.3.44 настоящих Правил), определяются в следующем порядке:

9.2.1. если в Договоре страхования установлена единая (общая) страховая сумма по всем страховым рискам или комбинации страховых рисков, то все страховые выплаты рассчитываются исходя из такой страховой суммы, при этом общая сумма страховых выплат по всем произошедшим страховым случаям не может превышать единой (общей) страховой суммы;

9.2.2. для страховых рисков, по которым в Договоре страхования установлены отдельные страховые суммы, страховая выплата рассчитывается исходя из страховой суммы, установленной по соответствующему страховому риску, при этом размер страховых выплат по всем произошедшим страховым случаям ограничен размером страховой суммы, установленной по такому страховому риску, и не может ее превышать. Если наступившее событие является страховым случаем одновременно по нескольким страховым рискам, предусмотренным Договором страхования, то страховые выплаты по каждому из наступивших страховых случаев рассчитываются отдельно, исходя из страховой суммы, установленной по соответствующему страховому риску.

9.3. По страховым рискам, указанным в пп. 4.3.1–4.3.10 настоящих Правил, размер страховой выплаты составляет 100% (сто процентов) от страховой суммы, определенной в Договоре страхования в отношении Застрахованного лица, если иной процент или порядок определения размера выплаты не установлены Договором страхования. Не является страховым случаем смерть Застрахованного лица, если причина смерти не может быть установлена или не подтверждается документально.

После осуществления страховой выплаты по любому из данных страховых рисков обязательства Страховщика в отношении данного Застрахованного лица считаются выполненными в полном объеме, и Договор страхования прекращает свое действие в отношении данного Застрахованного лица.

9.4. Если иное не установлено Договором страхования, по страховым рискам, указанным в пп. 4.3.11–4.3.20, размер страховой выплаты составляет:

– при установлении I группы инвалидности или категории «ребенок-инвалид» – в размере 100% (ста процентов) от страховой суммы, установленной для Застрахованного лица;

– при установлении II группы инвалидности – в размере 100% (ста процентов) от страховой суммы, установленной для Застрахованного лица;

– при установлении III группы инвалидности – в размере 65% (шестидесяти пяти процентов) от страховой суммы, установленной для Застрахованного лица.

9.4.1. Если в течение срока страхования происходит смена группы инвалидности Застрахованного лица в сторону увеличения ее степени, то Страховщик производит страховую выплату в размере разницы между суммой, подлежащей выплате при более высокой степени инвалидности, и суммой, выплаченной Застрахованному лицу по установленной ранее инвалидности.

9.4.2. Если при установлении категории «ребенок-инвалид» произведена выплата и в течение срока страхования Застрахованное лицо достигает возраста 18 (восемнадцати) лет, Страховщик производит выплату единовременно.

9.4.3. Если иное не предусмотрено Договором страхования, для лиц, являвшихся инвалидами III группы до заключения Договора страхования, при смене группы на I выплата составляет 60% (шестьдесят процентов) от предполагаемой выплаты, при смене группы на II – 30% (тридцать процентов) от предполагаемой выплаты. Для лиц, являвшихся инвалидами II группы до заключения Договора страхования, при смене группы на I выплата составляет 30% (тридцать процентов) от предполагаемой выплаты.

9.5. По страховым рискам, указанным в пп. 4.3.21–4.3.24 настоящих Правил, страховая выплата производится по одному или нескольким из следующих вариантов:

9.5.1. в размере определенного процента от страховой суммы по данному страховому риску, соответствующего проценту, на который снизилась профессиональная трудоспособность Застрахованного лица, определенному в установленном законодательством порядке;

9.5.2. в размере от 10% (десяти процентов) до 100% (ста процентов) от страховой суммы по данному страховому риску. Точный размер страховой выплаты устанавливается по соглашению Сторон и письменно закрепляется в Договоре страхования.

9.6. Размер страховой выплаты по всем страховым рискам, указанным в пп. 4.3.21–4.3.24 настоящих Правил, наступившим в течение срока страхования, не может превышать страховой суммы, установленной по данным страховым рискам, независимо от указанных в Договоре страхования вариантов выплат, выбранных из п. 9.5.1 и п. 9.5.2 настоящих Правил.

9.7. По страховым рискам, указанным в пп. 4.3.25–4.3.30 настоящих Правил, размер страховой выплаты определяется согласно Таблице размеров страховых выплат, указанной в Договоре страхования.

9.8. По страховым случаям, указанным в пп. 4.3.31–4.3.33 настоящих Правил, страховая выплата составляет определенный Договором страхования процент (%) от страховой суммы за каждый день временной нетрудоспособности / временного расстройства здоровья начиная с 1-го (первого) или другого, указанного в Договоре страхования, дня. Конкретный размер и порядок страховой выплаты определяется Договором страхования. Договором страхования также могут устанавливаться:

- максимальное количество оплачиваемых дней непрерывной временной нетрудоспособности;
- размер временной франшизы в днях.

9.9. По страховым случаям, указанным в пп. 4.3.34–4.3.36 настоящих Правил, страховая выплата составляет определенный Договором страхования процент (%) от страховой суммы за каждый день госпитализации по окончании временной франшизы (в календарных днях), установленной Договором страхования. Конкретный размер и порядок страховой выплаты определяется Договором страхования. Договором страхования также может устанавливаться:

- максимальное количество оплачиваемых дней госпитализации;
- размер временной франшизы, при этом условиями Договора страхования определяется, что страховая выплата производится, включая временную франшизу или за вычетом данного периода.

9.10. По страховым случаям, указанным в п. 4.3.37 и п. 4.3.38 настоящих Правил, страховая выплата производится в размере 100% (ста процентов) от страховой суммы, установленной в Договоре страхования для Застрахованного лица.

При этом по соглашению Сторон в Договоре страхования может быть установлен иной размер страховой выплаты (в процентах от страховой суммы) при наступлении соответствующего страхового случая.

9.11. По страховым случаям, указанным в пп. 4.3.39–4.3.41 настоящих Правил, размер страховой выплаты определяется согласно Таблице размеров страховых выплат, указанной в Договоре страхования, либо страховая выплата осуществляется в фиксированном размере, установленном в Договоре страхования за каждую хирургическую операцию. Договором страхования может быть установлена фиксированная сумма страховой выплаты по любой хирургической операции при условии госпитализации Застрахованного лица дольше установленных Договором страхования количества дней госпитализации.

- 9.12.** По страховым случаям, указанным в пп. 4.3.42–4.3.44 настоящих Правил, размер страховой выплаты составляет 100% (сто процентов) от страховой суммы, определенной в Договоре страхования в отношении Застрахованного лица. Договором страхования может быть предусмотрен иной размер страховой выплаты.
- 9.13.** По страховым случаям, указанным в пп. 4.6.1–4.6.4 настоящих Правил, если иное не предусмотрено Договором страхования, выплата страхового возмещения осуществляется путем организации и оплаты оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных соответствующей Программой страхования. В целях организации оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных соответствующей Программой страхования, Застрахованное лицо должно в порядке, предусмотренном данной Программой страхования, обратиться к Страховщику или в Сервисную компанию (в случае ее привлечения Страховщиком для организации оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных соответствующей Программой страхования).
- 9.14.** Если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, внесение которого просрочено, Страховщик вправе при определении размера подлежащего выплате страхового возмещения зачесть сумму просроченного взноса.
- 9.15.** Для получения страховой выплаты по страховым случаям, относящимся к несчастным случаям и/или болезням (пп. 4.3.1–4.3.44 настоящих Правил), Страховщику должны быть предоставлены следующие документы:
- Договор страхования (Страховой полис);
 - заявление о страховой выплате, подписанное Выгодоприобретателем (представителем);
 - письменное согласие Застрахованного лица или его Законного представителя на предоставление свободного доступа Страховщику или его представителю к информации, имеющей отношение к страховому случаю, в том числе к медицинской документации из любых медицинских и иных организаций, в которых Застрахованное лицо проходило лечение;
 - платежные документы, подтверждающие уплату страховой премии;
 - документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя или его Законного представителя, фотоизображение Выгодоприобретателя с документом, удостоверяющим личность, надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия Законного представителя Выгодоприобретателя (в том числе доверенность), банковские реквизиты для перечисления страховой выплаты в безналичной форме, адрес для направления корреспонденции, ИНН (при наличии), телефон (мобильный телефон), адрес электронной почты Выгодоприобретателя.
- 9.16.** Дополнительно к указанным в п. 9.15 настоящих Правил документам по страховым рискам, указанным в пп. 4.3.1–4.3.10 настоящих Правил, в обязательном порядке предоставляются:
- свидетельство о праве на наследство по закону, если Договором страхования не определен Выгодоприобретатель (для определения круга наследников и выплаты страховых сумм могут быть приняты следующие документы: свидетельство о праве на наследство на любое имущество с указанием долей; справка нотариуса с указанием долей, датированная после истечения срока, установленного п. 1 ст. 1154 ГК РФ; справка нотариуса с указанием долей, датированная до истечения срока, установленного п. 1 ст. 1154 ГК РФ, но с указанием того, что у нотариуса имеются достоверные данные о том, что, кроме Выгодоприобретателя, иных наследников, имеющих право на наследство или его соответствующую часть, не имеется; свидетельство о праве на наследство по завещанию);
 - нотариально заверенная копия свидетельства о смерти;
 - медицинское свидетельство о смерти;
 - справка о смерти;
 - протокол патолого-анатомического исследования или акты судебно-медицинского исследования и судебно-химического исследования (если вскрытие не проводилось – копия заявления родственников об отказе от вскрытия, заверенная оригинальной печатью медицинского учреждения и подписью уполномоченного лица того учреждения, в которое это заявление подавалось).
- 9.17.** Дополнительно к указанным в п. 9.15 настоящих Правил документам по страховым рискам, указанным в пп. 4.3.11–4.3.20 настоящих Правил, в обязательном порядке предоставляются:
- справка установленного образца об установлении группы инвалидности или категории «ребенок-инвалид» (в случае повторного установления инвалидности – справки, выданные при предыдущих освидетельствованиях);
 - акт медико-социальной экспертизы (в случае повторного установления инвалидности – акты, выданные при предшествующих освидетельствованиях);

- направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь (в случае повторного установления инвалидности – направления, выданные при предыдущих освидетельствованиях);
- протокол проведения медико-социальной экспертизы (в случае повторного установления инвалидности – протоколы, выданные при предыдущих освидетельствованиях);
- сведения о результатах проведенной медико-социальной экспертизы;
- листок нетрудоспособности из лечебного учреждения, где проводилось лечение, в случае если листок нетрудоспособности не оформлялся – объяснительная с указанием причин его отсутствия;
- медицинский документ о первичном обращении с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, проведенном обследовании, лечении;
- результаты проведенных диагностических исследований.

9.18. Дополнительно к указанным в п. 9.15 настоящих Правил документам по страховым рискам, указанным в пп. 4.3.21–4.3.24 настоящих Правил, в обязательном порядке предоставляются:

- справка установленного образца об установлении степени утраты трудоспособности;
- документы, подтверждающие установление степени утраты профессиональной трудоспособности, выданные бюро медико-социальной экспертизы;
- листки нетрудоспособности из лечебных учреждений, где проводилось лечение;
- медицинский документ о первичном обращении с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, дате диагностирования заболевания, проведенном обследовании, лечении;
- результаты проведенных диагностических исследований.

9.19. Дополнительно к указанным в п. 9.15 настоящих Правил документам по страховым рискам, указанным в пп. 4.3.25–4.3.30 настоящих Правил, в обязательном порядке предоставляются:

- листок нетрудоспособности из лечебного учреждения, где проводилось лечение / справки освобождения от учебы (учетная форма 095/у) из лечебного учреждения, где проводилось лечение. В случае если листок нетрудоспособности не оформлялся – объяснительная с указанием причин его отсутствия;
- медицинский документ о первичном обращении с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, проведенном обследовании, лечении;
- результаты проведенных диагностических исследований.

9.20. Дополнительно к указанным в п. 9.15 настоящих Правил документам по страховым рискам, указанным в пп. 4.3.31–4.3.38 настоящих Правил, в обязательном порядке предоставляются:

- листок нетрудоспособности из лечебного учреждения, где проводилось лечение / справки освобождения от учебы (учетная форма 095/у) из лечебного учреждения, где проводилось лечение. В случае если листок нетрудоспособности не оформлялся – объяснительная с указанием причин его отсутствия или справка из лечебного учреждения, где проводилось лечение;
- выписной эпикриз (с указанием диагноза) из медицинского учреждения, где проводилось стационарное лечение (при наличии);
- справка из травматологического пункта (при наличии);
- медицинский документ о первичном обращении с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, проведенном обследовании, лечении;
- результаты проведенных диагностических исследований.

При необходимости Страховщик может дополнительно запросить копию трудовой книжки / выписку из электронной трудовой книжки.

9.21. Дополнительно к указанным в п. 9.15 настоящих Правил документам по страховым рискам, указанным в пп. 4.3.39–4.3.41 настоящих Правил, в обязательном порядке предоставляются:

- листок нетрудоспособности из лечебного учреждения, где проводилось лечение, в случае если листок нетрудоспособности не оформлялся – объяснительная с указанием причин его отсутствия;
- выписка (-и) из медицинской (-их) карты (-т) стационарного больного с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения (если имело место стационарное лечение / нахождение в реанимации);
- выписка (-и) из медицинской (-их) карты (-т) амбулаторного больного с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения (если имело место амбулаторное лечение);
- результаты проведенных диагностических исследований.

9.22. Дополнительно к указанным в п. 9.15 настоящих Правил документам по страховому риску, указанному в п. 4.3.42 настоящих Правил, в обязательном порядке предоставляются:

- выписка (-и) из медицинской (-их) карты (-т) амбулаторного и стационарного больного с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения (за весь срок лечения);
- копия извещения о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного заболевания (форма 090/у) – при обращении с онкологическим заболеванием;
- результаты гистологического исследования и прочих проведенных диагностических исследований (КТ, МРТ, рентген и др.);
- переводной эпикриз (если имел место перевод Застрахованного из одного стационара в другой).

9.23. Дополнительно к указанным в п. 9.15 настоящих Правил документам по страховым рискам, указанным в п. 4.3.43, п. 4.3.44 настоящих Правил, в обязательном порядке предоставляются:

- выписка (-и) из медицинской (-их) карты (-т) амбулаторного и стационарного больного с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения (за весь срок лечения);
- копия листка/листочков нетрудоспособности, заверенная (-ые) подписью ответственного лица и печатью работодателя / справки освобождения от учебы (учетная форма 095/у) из лечебного учреждения, где проводилось лечение. В случае если листок нетрудоспособности не оформлялся – объяснительная с указанием причин его отсутствия;
- медицинские документы, подтверждающие инфицирование / наличие у Застрахованного лица ВИЧ, СПИДа или вирусного гепатита (В или С), содержащие информацию о дате инфицирования;
- медицинские документы, подтверждающие отсутствие инфицирования / наличия у Застрахованного лица ВИЧ, СПИДа или вирусного гепатита (В или С) до даты переливания крови и ее компонентов (запрашивается в случае переливания крови);
- документ, выданный центром по профилактике и борьбе со СПИДом, подтверждающий взятие инфицированного больного на учет;
- акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 (применяется в случае инфицирования вследствие профессиональной (или медицинской) деятельности);
- документ, выданный медицинским учреждением, в котором было произведено переливание крови, признающий свою ответственность по факту заражения Застрахованного лица.

9.24. При необходимости Страховщик может запросить по одному и тому же событию любые из перечисленных в пп. 9.16–9.23 настоящих Правил документы, а также дополнительно запросить следующие документы:

- 9.24.1. копию / выписку из медицинской карты амбулаторного больного по месту ведения, содержащую информацию о всех обращениях Застрахованного лица за медицинской помощью, с указанием диагноза, срока лечения и кода по МКБ-10 в течение 5 (пяти) лет до даты заключения Договора страхования;
- 9.24.2. выписку (-и) из медицинской (-их) карты (-т) стационарного больного с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения (если имело место стационарное лечение / нахождение в реанимации);
- 9.24.3. переводной эпикриз (если имел место перевод Застрахованного лица из одного стационара в другой);
- 9.24.4. акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 / акт расследования несчастного случая (если имел место несчастный случай на производстве);
- 9.24.5. оригиналы рентгенограмм, МРТ, КТ;
- 9.24.6. документы из компетентных органов, подтверждающие обстоятельства произошедшего события, а именно:
 - 9.24.6.1. в случае ДТП:
 - копии документов, составленных сотрудниками ГИБДД в соответствии с действующим законодательством РФ по факту произошедшего ДТП, а в случае ДТП за пределами территории РФ – оригиналы документов о ДТП, составленных в соответствии с действующим законодательством страны, на территории которой произошло ДТП;
 - копию акта (заключения) медицинского освидетельствования Застрахованного лица;
 - результаты судебно-медицинской экспертизы;

- копию водительского удостоверения (в случае наступления события, имеющего признаки страхового случая, в результате ДТП, если Застрахованное лицо управляло транспортным средством);
- страховой полис обязательного страхования гражданской ответственности владельцев транспортных средств (оригинал или копию) и/или иные договоры страхования (при необходимости);

9.24.6.2. в случае наличия признаков противоправных действий третьих лиц – постановление о возбуждении уголовного дела или об отказе в возбуждении уголовного дела, или постановление и/или протокол по делу об административном правонарушении соответствующего органа МВД, и/или определение об отказе в возбуждении дела об административном правонарушении; результаты доследственной проверки; результаты судебно-медицинской экспертизы;

9.24.6.3. в случае авиа- или ж/д катастрофы – акт расследования специально созданной комиссии по расследованию аварии или катастрофы, постановление о возбуждении или об отказе в возбуждении уголовного дела;

9.24.7. данные из Фонда обязательного медицинского страхования с указанием, в какой страховой компании Застрахованное лицо было застраховано по полису обязательного медицинского страхования, а также информацию о причинах обращений и получения медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), с указанием кодов диагнозов, дат их установления, лечебных учреждений, в которые обращалось Застрахованное лицо в течение 5 (пяти) лет до заключения Договора страхования;

9.24.8. данные из страховых компаний по ОМС: о причинах обращений и получения медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, с указанием кодов диагнозов, дат обращений, лечебных учреждений, в которые обращалось Застрахованное лицо за период в течение 5 (пяти) лет до заключения Договора страхования;

9.24.9. документ, подтверждающий наличие/отсутствие алкоголя в крови на момент первичного поступления/обращения в медицинское учреждение, в случае наличия алкоголя в крови – степени алкогольного опьянения (с указанием содержания алкоголя в крови), а также информацию о наркотическом или токсическом опьянении / акт (протокол) медицинского освидетельствования на состояние алкогольного опьянения;

9.24.10. заключение независимой медицинской экспертизы;

9.24.11. выписку из наркологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования заболевания, проведенном обследовании и лечении;

9.24.12. выписку из психоневрологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования заболевания, проведенном обследовании и лечении;

9.24.13. согласие второго родителя на выплату, если в качестве получателя выплаты указывается один из родителей несовершеннолетнего Выгодоприобретателя;

9.24.14. посмертный эпикриз (если смерть наступила в стационаре);

9.24.15. постановление соответствующего органа МВД или Следственного комитета (в случае наступления смерти вне медицинского учреждения и/или если смерть наступила в результате противоправных действий третьих лиц);

9.24.16. решение суда, вступившее в законную силу, о признании Застрахованного лица умершим.

9.25. Если настоящими Правилами прямо не предусмотрено иное, документы, перечисленные в пп. 9.15–9.24 настоящих Правил, должны предоставляться в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально или органом/учреждением/организацией, который выдал документ и/или располагает его подлинником. При этом на Страхователя (Выгодоприобретателя) возлагается обязанность предоставить построчный перевод документов, составленных на иностранном языке, оформленный на отдельном листе, а также совершить все необходимые действия по удостоверению соответствующим образом документов, составленных за пределами территории Российской Федерации (легализация документа или проставление апостиля). В случаях, когда согласно законодательству РФ и/или международным договорам Российской Федерации легализация или проставление апостиля не требуется, представлению подлежит нотариально удостоверенный перевод документа.

Страховщик вправе на основании предоставленных документов проводить экспертизу, устанавливая факты, выяснять причины и обстоятельства произошедшего события (в том числе основываясь на объяснениях лиц, знающих обстоятельства события, на ксерокопиях, предоставленных Страхователем (Выгодоприобретателем) документов). Результаты указанной в настоящем подпункте экспертизы / установления фактов / выяснения причин и обстоятельств, проводимых Страховщиком, могут оформляться в виде акта или иного документа

(в том числе в качестве составной части страхового акта), который может заменять собой часть документов, доказывающих наступление страхового случая. Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически представленных документов и сократить указанный в пп. 9.15–9.24 настоящих Правил перечень документов, а также принять иные документы (в т. ч. в иной форме по сравнению с той, которая установлена настоящими Правилами) взамен указанных. Документы предоставляются в печатном виде или написанные от руки разборчивым почерком.

9.26. Указанный в пп. 9.15–9.24 настоящих Правил перечень документов и сведений, необходимых для представления Страховщику при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, является исчерпывающим.

При непредставлении Страхователем (Выгодоприобретателем) документов из числа указанных в перечне Страховщик вправе в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения неполных материалов запросить недостающие документы и сведения. При этом Страховщик вправе отсрочить принятие решения о признании или непризнании заявленного события страховым случаем до получения последнего из всех необходимых документов. Если документы/сведения подлежат запросу не у заявителя, Страховщик в письменной форме и со ссылками на пункты настоящих Правил информирует заявителя об отсрочке принятия решения в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента направления запроса.

9.26.1. В случае если условиями конкретного Договора страхования или согласно официальному сообщению Страховщика, размещаемому на его официальном сайте в сети «Интернет», либо согласно иным сообщениям от Страховщика, его уполномоченного представителя предусмотрена возможность предоставления Страхователем (Выгодоприобретателем) информации и документации для получения страховой выплаты в электронном виде, Страхователь (Выгодоприобретатель) может предоставить Страховщику документы, поименованные в пп. 9.15–9.24 настоящих Правил, в виде электронных документов, подписанных/заверенных простой электронной подписью Страхователя (Выгодоприобретателя). Требование о наличии подписи считается выполненным, если использован установленный Страховщиком либо его уполномоченным представителем и принятый Страхователем способ, позволяющий достоверно определить лицо, выразившее волю как Страхователя (Выгодоприобретателя) и содержание совершенных им действий.

Для приема документов, необходимых для получения страховой выплаты, могут быть использованы в том числе программные компоненты мобильных приложений Страховщика (его уполномоченного представителя) или Сервисной компании.

В случае если это допускается Договором страхования или соглашением между Сторонами, прием документов, необходимых для получения страховой выплаты, может осуществляться Страховщиком по электронной почте в порядке, размещенном Страховщиком на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет».

При этом Страховщик вправе принять решение по заявленному событию на основании документов, подписанных/заверенных электронной подписью Страхователя (Выгодоприобретателя) / направленных по электронной почте (если это предусмотрено Договором страхования или соглашением Сторон), или затребовать у Страхователя (Выгодоприобретателя) оригиналы или заверенные в соответствующих компетентных органах копии документов, предоставленных Страхователем (Выгодоприобретателем) в виде электронных документов, заверенных Страхователем (Выгодоприобретателем) / направленных по электронной почте.

В случае запроса Страховщиком оригиналов или заверенных в соответствующих компетентных органах копий документов срок осуществления страховой выплаты исчисляется с момента получения Страховщиком оригиналов или заверенных в соответствующих компетентных органах копий документов, указанных в пп. 9.15–9.24 настоящих Правил.

Страховщик вправе разрешить Страхователю предоставление документации для получения страховой выплаты в электронном виде в иных случаях, чем это предусмотрено настоящим пунктом Правил.

В случае если заявление о страховой выплате и документы по заявленному событию подаются Страхователем (Выгодоприобретателем) в электронном виде, то Страховщик вправе до осуществления страховой выплаты направить Страхователю (Выгодоприобретателю) любым доступным образом (СМС-сообщение на телефон, по электронной почте, посредством размещения в личном кабинете Страхователя и т. д.) осуществленный им расчет страховой выплаты.

При этом Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан сообщить о своем согласии или несогласии с размером страховой выплаты, рассчитанной без предоставления оригиналов или заверенных в соответствующих компетентных органах копий документов, не позднее 2 (двух) рабочих дней с даты предоставления Страховщиком соответствующего расчета. При согласии Страхователя (Выгодоприобретателя) с расчетом Страховщика срок выплаты страхового возмещения исчисляется с даты получения соответствующего согласия, при несогласии с расчетом суммы страхового возмещения, рассчитанной без представления оригиналов или заверенных в соответствующих компетентных органах копий документов, Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан незамедлительно предоставить Страховщику оригиналы или заверенные в соответствующих компетентных органах копии документов, предоставленных им ранее в виде копий, подписанных/заверенных электронной подписью Страхователя (Выгодоприобретателя). В последнем случае срок осуществления страховой выплаты исчисляется с момента получения Страховщиком оригиналов или заверенных в соответствующих компетентных органах копий документов.

9.27. Решение о признании или непризнании события, имеющего признаки страхового случая, страховым случаем Страховщик принимает, руководствуясь положениями Договора страхования, настоящими Правилами и действующим законодательством РФ, на основании предоставленных и самостоятельно полученных Страхователем документов.

9.28. Решение об осуществлении страховой выплаты и выплата страхового возмещения в денежной форме или решение об отказе в выплате страхового возмещения принимается Страховщиком в срок не позднее 30 (тридцати) календарных дней после получения последнего из необходимых документов, указанных в пп. 9.15–9.24, п. 9.31.3 настоящих Правил. В случае принятия решения об отказе в осуществлении страховой выплаты Страховщик направляет Страхователю (Выгодоприобретателю) мотивированный отказ в страховой выплате в срок не позднее 3 (трех) рабочих дней с даты принятия решения об отказе в выплате страхового возмещения. Договором страхования может быть предусмотрен иной срок для принятия решения об осуществлении страховой выплаты и выплаты страхового возмещения.

9.29. Страховая выплата в денежной форме производится путем перечисления денежных средств на банковский счет Выгодоприобретателя или иным способом по согласованию Сторон. При страховании в валютном эквиваленте страховая выплата производится в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для данной валюты на дату наступления страхового случая, если иное не предусмотрено Договором страхования.

9.30. Если Выгодоприобретателем является несовершеннолетний, то страховая выплата в денежной форме переводится на его банковский счет с уведомлением его Законных представителей или на банковский счет одного из его Законных представителей.

В случае признания судом Застрахованного лица умершим страховая выплата производится, если в решении суда указано, что Застрахованное лицо пропало без вести при обстоятельствах, угрожавших смертью или дающих основание предполагать его гибель от определенного несчастного случая, и день его исчезновения или предполагаемой гибели приходится на срок страхования. В случае признания судом Застрахованного лица безвестно отсутствующим страховая выплата не производится.

9.31. По страховым случаям, указанным в пп. 4.6.1–4.6.4 настоящих Правил, страховые выплаты определяются и осуществляются в следующем порядке: Страховщик в счет страховой выплаты организует оказание медицинских и иных услуг Застрахованным лицам в соответствии с условиями Программы страхования, указанной в Договоре страхования, и оплачивает медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованным лицам. Организация и оказание медицинских и иных услуг Застрахованным лицам осуществляется Страховщиком с привлечением Сервисных компаний и/или медицинских организаций. Страховщик производит оплату организуемых и оказываемых Застрахованным лицам медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования, указанной в Договоре страхования, непосредственно Сервисной компании и/или медицинской организации, организующим и оказывающим такие услуги на основании документов, предоставленных такими организациями (счетов, актов выполненных работ и иных документов, подтверждающих объем и виды организованных и оказываемых медицинских и иных услуг) и содержащих информацию о датах, сроках оказания таких услуг и о необходимости их оказания Застрахованным лицам, а также о стоимости оказываемых услуг. Страховщик принимает решение об оплате Сервисным компаниям и/или медицинским организациям организованных и оказанных медицинских и иных услуг и производит оплату в сроки и в порядке, предусмотренные в договорах, заключенных с Сервисными и/или медицинскими организациями, привлекаемыми Страховщиком для организации и оказания медицинских и иных услуг Застрахованным лицам.

9.31.1. В целях организации и оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой (-ами) страхования, указанной (-ыми) в Договоре страхования, Застрахованное лицо должно:

- обратиться к Страховщику или в Сервисную компанию / в медицинскую организацию (в случае ее привлечения Страховщиком для организации оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования) в порядке, определенном в соответствии с Программой страхования, указанной в Договоре страхования, и сообщить информацию о необходимых медицинских и иных услугах и о расстройстве здоровья (в т. ч. поставленном диагнозе) или состоянии Застрахованного лица, потребовавшем организации и оказания ему таких услуг;
- предоставить документ, удостоверяющий личность, и сообщить номер и дату Договора страхования (Страхового полиса) (с предъявлением по требованию Договора страхования (Страхового полиса)), а также предоставить письменное согласие Застрахованного лица / Законного представителя на предоставление свободного доступа Страховщику или его представителю к информации, имеющей отношение к страховому случаю, в том числе к медицинской документации из любых медицинских и иных организаций, в которых Застрахованное лицо проходило лечение;
- предоставить по запросу Страховщика или Сервисной компании / медицинской организации, привлеченных Страховщиком для оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования, на условиях которой заключен Договор страхования, следующие документы (с учетом того, что применимо):
 - документы из медицинской организации (выписка из медицинской карты амбулаторного/стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни)) с указанием диагноза, сроков лечения, результатов обследования и другой медицинской информации о состоянии здоровья Застрахованного лица;
 - заключение врача-специалиста в предметной области (в частности, онколога, кардиолога и др.) с указанием диагноза, потребовавшего оказания Застрахованному лицу медицинских услуг, анамнез заболевания;
 - документ, содержащий результаты лабораторных, клинических и прочих исследований, дополнительных методов исследования, проведенных Застрахованному лицу, на основании которых ему был установлен диагноз (состояние), потребовавший организации и оказания медицинских услуг, предусмотренным Договором страхования;
 - выписку из медицинской карты амбулаторного или стационарного больного, содержащую информацию об имеющихся у Застрахованного лица до заключения Договора страхования заболеваниях;
 - медицинский документ из онкологического диспансера по месту жительства об обращениях за последние 5 (пять) лет (при диагностировании онкологического заболевания);
 - документы, предусмотренные Программой страхования, являющейся приложением к Договору страхования, в том числе медицинские документы о состоянии здоровья Застрахованного лица, которые необходимы для оказания Застрахованному лицу медицинских услуг, предусмотренных Программой страхования.

9.31.2. Страховщик проверяет соответствие оказываемых Застрахованному лицу медицинских и иных услуг в определенном соответствующей Программой страхования, указанной в Договоре страхования, объеме, сроки предоставления услуг и выполнение других положений Программы страхования.

9.32. По согласованию со Страховщиком (Сервисной компанией), осуществленному путем обращения Застрахованного лица / Законного представителя в круглосуточный контакт-центр Страховщика (Сервисной компании), может быть произведено возмещение расходов Застрахованного лица на приобретение назначенных ему в связи со страховым случаем лекарственных препаратов.

Для получения возмещения стоимости лекарственных препаратов, Застрахованный / Законный представитель должен направить Страховщику (Сервисной компании) следующие документы:

- оригинал заявления на возмещение стоимости лекарственных препаратов;
- письменное согласие Застрахованного лица / Законного представителя на предоставление свободного доступа Страховщику или его представителю к информации, имеющей отношение к страховому случаю, в том числе к медицинской документации из любых медицинских и иных организаций, в которых Застрахованное лицо проходило лечение;
- оригинал или копия Договора страхования (Страхового полиса);
- документ, подтверждающий уплату страховой премии;

- документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица / Законного представителя Застрахованного лица или фотоизображение Застрахованного лица / Законного представителя Застрахованного лица с документом, удостоверяющим личность;
- свидетельство о рождении (для несовершеннолетних Застрахованных лиц);
- документ, подтверждающий статус Законного представителя Застрахованного лица;
- документ, подтверждающий полномочия лица в соответствии с действующим законодательством РФ;
- документ, содержащий полные банковские реквизиты Застрахованного лица, для перечисления страхового возмещения, ИНН (при наличии), адрес электронной почты Застрахованного лица / Законного представителя;
- оригинал рецептов на лекарственные препараты или назначений, зафиксированных в выписке из амбулаторной карты или истории болезни;
- оригинал документов, подтверждающих оплату Застрахованным лицом / Законным представителем лекарственных препаратов (кассовый чек и т. д.).

9.33. Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения, если страховой случай наступил вследствие:

- 9.33.1. умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица. Страховщик не освобождается от выплаты в случае смерти Застрахованного лица, если его смерть наступила вследствие самоубийства, и к этому времени Договор страхования действовал уже не менее 2 (двух) лет или заключался таким образом, что страхование действовало непрерывно в течение 2 (двух) лет;
- 9.33.2. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 9.33.3. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- 9.33.4. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

9.34. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате по следующим основаниям:

- 9.34.1. произошедшее событие не является страховым случаем, т. е. не относится к событиям, на случай наступления которых был заключен Договор страхования (например, отнесено к исключениям из страхования);
- 9.34.2. Договор страхования не был заключен (например, ввиду несогласованности Сторонами его существенных условий);
- 9.34.3. событие произошло до начала или после окончания (в т. ч. досрочного) срока страхования;
- 9.34.4. событие произошло с лицом, которое не является Застрахованным лицом по Договору страхования;
- 9.34.5. за страховой выплатой обратилось лицо, не имеющее права на ее получение;
- 9.34.6. по другим основаниям, предусмотренным настоящими Правилами и действующим законодательством РФ.

9.35. В случае смерти Застрахованного лица соблюдается следующий приоритет по страховой выплате:

- 9.35.1. первая очередь – указанному в Договоре страхования Выгодоприобретателю. Если в Договоре страхования указано несколько Выгодоприобретателей, но не указаны их доли, выплата осуществляется всем Выгодоприобретателям в равных долях;
- 9.35.2. вторая очередь – если Выгодоприобретатель не был назначен, умер ранее Застрахованного лица, умер одновременно с Застрахованным лицом, выплата осуществляется наследникам Застрахованного лица пропорционально их наследственным долям;
- 9.35.3. если Выгодоприобретатель умирает после смерти Застрахованного лица, не получив причитающуюся ему страховую выплату, право на получение страховой выплаты переходит к наследникам умершего Выгодоприобретателя, если иное не предусмотрено Договором страхования.

9.36. Лица, виновные в смерти Застрахованного лица или умышленном причинении телесных повреждений, повлекших смерть Застрахованного лица, исключаются из списка Выгодоприобретателей.

10/ ПОРЯДОК РЕШЕНИЯ СПОРОВ

10.1. При разрешении спорных вопросов положения конкретного Договора страхования имеют преимущественную силу по отношению к положениям настоящих Правил.

10.2. Споры и разногласия в связи с заключением, исполнением, изменением, расторжением Договора страхования разрешаются Сторонами путем переговоров. Положения данного пункта и иные положения данного раздела не обязывают лиц, являющихся потребителями согласно Закону РФ № 2030-1 от 07.02.1992

«О защите прав потребителей», к обязательному досудебному претензионному порядку разрешения споров со Страховщиком, прямо не предусмотренному российским законодательством.

10.3. В случае возникновения споров о причинах и размере страхового возмещения каждая из Сторон имеет право потребовать проведения экспертизы (дополнительной экспертизы). Экспертиза проводится за счет Стороны, потребовавшей ее проведения.

10.4. При недостижении соглашения по спорным вопросам:

10.4.1. между Страхователем (Выгодоприобретателем) – юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем и Страховщиком:

- Стороны определили обязательность досудебного урегулирования возникших разногласий по Договору страхования путем направления претензии;
- Сторона, получившая претензию другой Стороны, обязана ответить на нее в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты ее получения;
- в случае невозможности урегулировать возникшие разногласия в претензионном порядке Стороны передают их на рассмотрение в Арбитражный суд г. Москвы;
- по всем вопросам, не урегулированным настоящими Правилами и Договором страхования, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ;

10.4.2. споры по Договору страхования между Страхователем (Выгодоприобретателем) – физическим лицом и Страховщиком разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ.